

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS:
INTENÇÕES, REALIDADES E POSSIBILIDADES

ALCIONE GONÇALVES RIBEIRO VIEIRA

Montes Claros
2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS:
INTENÇÕES, REALIDADES E POSSIBILIDADES

ALCIONE GONÇALVES RIBEIRO VIEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Social.

Banca Examinadora constituída, em ____ de _____ de 2006, pelos professores:

Profa. Dra. Sara Jane Alves Durães (PPGDS–UNIMONTES) – orientadora

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto (UNIMONTES) – convidado

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira (Instituição de origem) – [professor(a) do PPGDS]

Montes Claros

2006

Vieira, Alcione Gonçalves Ribeiro.
V658e Educação permanente em saúde no programa saúde da família em
Montes Claros : intenções, realidades e possibilidades / Alcione
Gonçalves Ribeiro Vieira. - 2006.
188 f.

Bibliografia: f. 171-181.

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Montes Claros - Unimontes. Programa de Pós-
Graduação em Desenvolvimento Social, 2006.

Orientadora Profa. Dra. Sara Jane Alves Durães,
Unimontes.

1. Desenvolvimento social - Educação - Saúde. 2. Programa
saúde da família - Montes Claros (MG). 3. Educação
permanente - Saúde I. Durães, Sara Jane Alves. II.
Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

Formatiert: Einzug: Links: 0 pt

À Gicelda

Você foi o início.
Estudar foi o impulso para não pensar
e esquecer a triste despedida.
Esquecer?
A cada página um reencontro.
Como apagar uma vida inteira
juntas em todos os momentos?
Se existe ainda você...
Se continua, de alguma forma, aqui...
Se existe um fim...
Ultrapasso o “se”
para dizer:
o que sei é que, como sempre,
você não me falha,
companheira de travessia,
irmã, amiga, filha querida.
Inspirando-me, faz
deste trabalho tão seu quanto meu!
Por isso, a você eu o dedico.

AGRADECIMENTOS

Muitos contribuíram, direta ou indiretamente, para que fosse possível elaborar esta dissertação.

Meus agradecimentos:

Em primeiro lugar, à meu querido companheiro Robson, que suportou minhas noites mal dormidas, horas absorvida no computador e a solidão da fazenda, quando não pude acompanhá-lo. Obrigado amigo, principalmente por sua compreensão e paciência com minha ausência, nesse momento em que sei o quanto minha presença é importante para você.

A todos os meus familiares, Junior, Alexandre, Ludmila, Bárbara, Thiago e Marco Thulio, que agüentaram firmes meus olhos só voltados para os livros e a escrita. Amo vocês.

A Jane, Vera, André, Roberto e Rilma, raízes na minha história. Vera: durante esses longos anos de nossa vida, você muito me ensinou, além de me ter suprido de valiosos livros, fazendo da chegada do Sedex uma feliz surpresa. Obrigada irmã.

A todos os outros amigos, que à distância, torciam por mim.

Sou devedora, também, de muitas pessoas que diretamente contribuíram para a elaboração deste estudo.

À professora Dra. Sarah Jane e ao Professor Dr. João Felício, orientadora e co-orientador, que de forma constante e eficaz, contribuíram para o aperfeiçoamento de minhas idéias incertas, tempestivas e intempestivas.

Ao professor Dr. Antônio Prates Caldeira, por participar da minha qualificação e contribuir com este trabalho através de suas lúcidas e valiosas críticas e sugestões.

Ao Professor João Batista de Almeida, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, e aos demais professores pela constante atenção e zelo para que nós, alunos, tivéssemos o melhor aprendizado.

Aos funcionários do PPGDS, prestativos e pacientes.

Aos meus colegas pela cordialidade durante essa travessia.

A Maria Cecília, mais que uma aluna interessada e estudiosa, uma prestimosa companheira durante todo o trabalho de campo.

De forma muito especial a Idalécia e a Patrícia, amigas e colegas que comigo ocuparam seu precioso tempo e repartiram de forma dadivosa tanta sabedoria.

A Marina e Clóvis que de forma eficiente revisaram este trabalho, contribuindo para a sua clareza e correção, obrigada pela atenção.

Aos trabalhadores das Unidades Saúde da Família Santa Rafaela e Santo Antonio I e gerentes da Secretaria Municipal de Saúde, que tão gentilmente me acolheram.

Amigos são tudo na vida e agradeço a Deus pela oportunidade de ter podido contar com todos vocês.

RESUMO

O presente estudo analisa a experiência de formação no trabalho em duas equipes do Programa Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de Montes Claros, a partir das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cujo pressuposto referencial versa que os processos educativos devem se estruturar nas demandas do processo de trabalho e assentar-se em processos participativos, envolvendo os trabalhadores de saúde. A metodologia adotada foi a investigação qualitativa. No eixo norteador da pesquisa, foram considerados, sobretudo processos de trabalho, saberes e experiências relativas às práticas de saúde dos trabalhadores. Ademais, levou-se em conta o sentido atribuído pelos trabalhadores às diretrizes expressas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a proposta de Educação Permanente não está sendo implantada em sua plenitude nas equipes em tela, embora estejam presentes algumas ações educativas não sistematizadas, que refletem às diretrizes da política em questão. Embora exista entre os trabalhadores um desejo por novos conhecimentos na área da saúde, esse não é problematizado em sua essência, a fim de responder às necessidades do processo de trabalho. Por último, a análise permite aferir que, há nessas equipes de trabalhadores de saúde potencialidades, considerando os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, como espaço de relações de trabalho e de formação.

ABSTRACT

The present study analyzes the experience of the education and training process at the work in two teams of the Programa Saúde da Família included in the national health program called Sistema Único de Saúde (SUS) in the municipality of Montes Claros, starting from the guidelines of the National Politics of Permanent Education in Health, which presupposes that the educational processes should be structured according to the demands of the work process, based on the participation, involving the whole workers. The adopted methodology was supported by the qualitative research, considering the sense attributed by the workers to their work processes, the relationships that they establish among themselves, and in relation to the guidelines expressed by the National Politics of Permanent Education in Health. The analysis allowed to conclude that the proposal of Permanent Education in Health has not being completely implemented in the Programa Saúde da Família in Montes Claros. Besides, there is no understanding of its real significance by the interviewers of the health work system. It exists among the investigated workers, a desire for new knowledge on this field, but there are either discussion and nor problematization about the proposal of Permanent Education in Health, related to the difficulties of the work process as well as the demands of the health care of the population. The analysis permits to conclude, that among the teams of workers exists great potentialities, considering the proposals of the Permanent Education in Health, which seems to be a significant space of relationships at the work and continuous training.

SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I: DESENVOLVIMENTO SOCIAL, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	24
1- Considerações sobre desenvolvimento e saúde.....	25
2- Desenvolvimento social, modelos assistenciais e educação na saúde: processo histórico	32
CAPÍTULO II: O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	49
1- Algumas mudanças no mundo do trabalho	50
2- Novas relações de trabalho em saúde.....	52
2.1- O objeto do trabalho em saúde.....	56
CAPÍTULO III: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE	61
1- A proposta nacional de Educação Permanente em Saúde.....	66
2- Educação Permanente: (re) vendo conceitos.....	69
3- Definindo Educação Permanente em Saúde.....	84
4- Diferenciando a Educação Permanente em Saúde da Educação Continuada	90
CAPÍTULO IV: PROCESSOS DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS-MG.....	98
1- A configuração dos processos de trabalho na unidade do Programa Saúde da Família ..	98
2- O trabalho em equipe	129
3- Processo educativo nas unidades do Programa Saúde da Família	132
3.1-O saber existente, construído a partir da prática	133
3.2 - O saber como necessidade.....	136
3.3 - O saber desejado: Educação Permanente em Saúde	155
CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
APÊNDICES E ANEXOS	182
APÊNDICE I.....	183
APÊNDICE II.....	184
ANEXO I.....	185
ANEXO II	188

INTRODUÇÃO

O processo de investigação é sempre precedido de uma aproximação à temática e tem início a partir de certas inquietações que são motores para a busca do conhecimento. No nosso caso, a escolha do tema Educação Permanente em Saúde ocorreu, sobretudo ao perceber a necessidade de analisar e explicitar os processos que envolvem as práticas formativas dos trabalhadores de saúde.

Pontuamos como marcas de nossa aproximação, inicialmente, as vivências durante a trajetória profissional como participante na equipe da Diretoria Regional de Saúde de Montes Claros /Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (DRS/SESMG). Do referido período, ficaram acumuladas e sem resposta algumas questões que se tornaram fonte de interesse e mobilização para a realização deste trabalho, que se constituem em parte integrante desta investigação. Refere-se, principalmente, aos pontos críticos no processo educacional em relação aos cursos de aperfeiçoamento ministrados, que pareciam incapazes de preparar os profissionais para responder às necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

Como docente do Curso de Serviço Social na Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES identificamos dificuldades no ensino de graduação nas disciplinas relacionadas à área da saúde, no que se refere às carências em relação a um aprendizado que responda, ou se identifique, com as questões presentes no cotidiano das práticas de saúde.

A motivação para o Mestrado em Desenvolvimento Social surgiu com base no desafio em pensar e sistematizar alternativas que contribuíssem para a melhoria da qualidade da

assistência à saúde, e conseqüentemente possibilitasse uma melhoria das condições de vida e saúde, enfrentamento e superação da pobreza e desigualdade entre a população brasileira.

Nossa perspectiva sobre a estratégia de Educação Permanente em Saúde foi fundamentada na revisão de literatura, possibilitada pela ampla produção teórica no contexto das atuais propostas de mudanças no sistema de saúde, particularmente na área de recursos humanos.

Consideramos que para se concretizar na prática o arcabouço jurídico-legal do SUS, é preciso haver a continuidade e o avanço do movimento pela Reforma Sanitária. Sabemos que um dos maiores desafios tem sido implementar os princípios de universalização do atendimento e a integralidade da ação. Supomos que, para vencê-los, é preciso multiplicar as forças dos que estão comprometidos com o SUS, a fim de que exerçam um papel indutor nas mudanças necessárias, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação e desenvolvimento profissional.

Concordamos com Ceccim (2005); Feuewerkerr & Sena (1999), entre outros, citados no cômputo deste trabalho, que vêem na estratégia Educação Permanente de Saúde, a perspectiva de que esta possa desencadear um movimento integrador, holístico, humanizante no sistema de saúde e conseqüentemente processe a melhoria na qualidade da assistência à população.

Acreditamos que a constituição de sujeitos coletivos que pensam, agem e conjugam esforços, possa propiciar a construção de alternativas que transforme o trabalho e os próprios trabalhadores de saúde. A participação social no setor, provavelmente, muito contribuirá para a formação e o desenvolvimento profissional de trabalhadores de saúde, estudantes e formadores.

Os trabalhadores de saúde tanto no processo educativo, quanto na construção de modelos de saúde e nas ações que visam à assistência à saúde, podem ser protagonistas e protagonizados (MERHY, 2002). Para que os trabalhadores de saúde sejam ou atuem como protagonistas nesses processos, precisam ser compreendidos na forma como constroem suas percepções, motivações e como ocorre seu envolvimento. Sendo cada um e todos, atores receptores de uma dada política, para aceitá-la, é preciso que a vivam, reflitam-na e transformem-na em uma proposta coletiva (MOTA, BUSS & NUNES, 2003).

Neste caminho, surge a necessidade do estabelecimento de novas formas de relação entre os trabalhadores de saúde na equipe multiprofissional e desses com os usuários, propiciada através de um processo educativo, direcionado ao empoderamento¹, autonomia, no exercício da cidadania e participação social. Para tanto, é importante que os atores tenham vontade política de ser agentes e ajam para que todos, agentes ou usuários, também se realizem como sujeitos.

Silva Junior & Mascarenhas (2004, p. 241); Arruda (2001, p. 20) e Franco & Magalhães Junior (2003, p. 127) reforçam a idéia de que a reorganização do modelo tecnoassistencial² em saúde deve levar a melhoria da qualidade da assistência e a resolutividade. Colocam que, para além do conhecimento técnico dos profissionais que são trabalhadores da saúde, deve ser instituída a ação acolhedora, o vínculo com o usuário, o significado que se dá na relação profissional/usuário.

¹ Segundo Carvalho (2002), o significado central do empoderamento está no *ganho de poder*, sendo que poder, nesse contexto citado, traduz a idéia da habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção.

² Sob esta denominação entende-se o modo pelo qual, nas formulações de políticas de saúde, se articulam uma determinada concepção de necessidades de saúde e o desenho assistencial e tecnológico dos serviços existentes, dentro de uma determinada dinâmica gerencial (MERHY, 2003, p.16).

Esses autores expressam uma visão do processo educativo no cotidiano das práticas dos serviços, como sendo decorrência da necessidade de ter e propiciar a consciência política e social acerca do trabalho. Consciência que levará a uma busca ativa de meios de socialização de conhecimentos parcelares, de vivências experimentadas, de respostas às demandas e necessidades dos trabalhadores e dos usuários.

Na Política Nacional, a Educação Permanente em Saúde é concebida como recurso estratégico para a transformação das práticas profissionais e organização da atenção à saúde e implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino. A formação e o desenvolvimento para o SUS, como construção da Educação Permanente em Saúde, realiza-se através da agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial; entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004a, 2004b).

O modelo a ser implantado, requer o exercício ampliado de profissionais de saúde que busquem suplantar o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos. A estratégia Saúde da Família, por situar-se no nível de atenção básica e principalmente por constituir-se como estratégia de mudança do modelo assistencial, tem sido considerada como *lócus* privilegiado e pertinente ao propósito de transformação do processo educativo e das práticas dos profissionais de saúde (cf. ARRUDA, 2001, p. 20; BRASIL, 1997).

Desde a implantação da Política Nacional de Educação Permanente e dos *Pólos de Educação Permanente em Saúde* têm sido estimuladas as experiências locais em municípios brasileiros que têm as atribuições de operacionalizar esta Política. A Organização Pan-Americana da

Saúde-OPAS, através de parceria com os governos de vários países, também tem incentivado a troca de experiências e sua divulgação (ROSCHKE et al., 1999).

A inexistência de estudos no Município de Montes Claros/MG sobre Educação Permanente em Saúde no Programa Saúde da Família motivaram-nos realizar esta pesquisa, que parte das seguintes questões: qual é a proposta de Educação Permanente em Saúde para o Programa Saúde da Família? Como se constituem e como se interrelacionam os processos de educação e trabalho no cotidiano das unidades do Programa de Saúde da Família? Na operacionalização dos processos educativos são considerados os saberes e práticas dos trabalhadores e suas necessidades formativas, no que se refere à atuação alinhada com os objetivos do programa Saúde da Família?

O objetivo principal deste estudo foi analisar a experiência de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município de Montes Claros nas equipes do Programa Saúde da Família do Bairro Santa Rafaela e Santo Antônio I. Para alcançá-lo, analisamos os aspectos conceituais e operacionais, propostos pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros em relação à estratégia outrora mencionada. Ademais, investigamos a percepção dos trabalhadores de saúde sobre essa estratégia, como se operacionalizam os processos de trabalho e os processos educativos e como são compartilhadas as experiências e conhecimentos nas equipes de trabalho em suas práticas de saúde.

Utilizamos a análise qualitativa por considerarmos ser essa a estratégia mais adequada para discutir como os trabalhadores de saúde das equipes do Programa Saúde da Família-PSF percebem e definem sua vivência em relação aos processos educativos e processos de trabalho e a Educação Permanente em Saúde. Esse método permite que usemos técnicas mais flexíveis

e espontâneas no levantamento das informações. Segundo Minayo (2000), a intersubjetividade, contida na relação do pesquisador com o sujeito, é de extrema importância.

A pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são constituídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudos. No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos (MYNAYO, 2000, p. 105).

Nesta pesquisa, a análise das experiências não pretende avaliar as melhores práticas, definir exemplos ou buscar generalizações, como se propõe os *estudos de casos*. Trata-se de um olhar reflexivo, *um olhar sobre o vivido* para apreender suas significações e produzir um conhecimento a partir de experiências das equipes de trabalhadores das unidades de saúde, observando os efeitos e visibilidades, dificuldades e possibilidades em relação às práticas educativas relacionadas às propostas da Educação Permanente em Saúde.

Adotamos neste estudo um caráter exploratório, que é apropriado para uma primeira aproximação, adequado, segundo Gil (1999), quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno são insuficientes ou inexistentes.

O estudo em questão tem como recorte temporal o período compreendido entre janeiro de 2005 e janeiro de 2006 e como local de abrangência a esfera municipal, entendida como espaço de desenvolvimento das políticas públicas e espaço estrutural de representação do aparelho de Estado que engendra o cenário das práticas dos trabalhadores de saúde.

A esfera municipal torna-se espaço privilegiado de reflexão das possibilidades de projetos públicos de Educação Permanente em Saúde, já que lhe cabem competências³ referentes à provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente. Também no que concerne aos recursos humanos na área da saúde, está definida como atribuição das três esferas de governo, a formulação e implementação da política da formação e do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, nessa a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a).

O município de Montes Claros, escolhido como lócus do estudo, está localizado ao Norte do estado de Minas Gerais, possuindo uma área de 3.581,95 Km² e população de 318. 916 habitantes⁴.

O município, no processo de descentralização administrativa, através da estratégia de municipalização das ações e serviços de saúde no Sistema Nacional de Saúde, está habilitado desde janeiro de 1999 na Gestão Plena de Sistema Municipal. Possui o Conselho Municipal de Saúde, criado através de lei orgânica municipal e 15 (quinze) Conselhos Gestores Locais de Saúde. A rede de serviços de saúde próprios e contratados no Sistema Municipal de Saúde, disponíveis para a população é constituída de 33 Centros de Saúde da Família, 09 Postos de Saúde, 15 Centros de Saúde, 05 Policlínicas e 07 hospitais. Entre as unidades de atenção básica, que são as unidades de menor complexidade dentro do sistema de saúde, estão definidas as unidades de Saúde da Família, os Centros de Saúde e as Policlínicas, que funcionam como porta de entrada para o sistema. A partir deste nível, configura-se um

³ BRASI. Ministério da Saúde, 1993, p. 22-23.

⁴ Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em projeção para 2002.

sistema de referência para as policlínicas de especialidades e rede hospitalar (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003; 2004).

Em relação ao perfil epidemiológico, o município de Montes Claros é comparável à região nordeste do país, tanto no quadro nosológico quanto em relação à mortalidade. A taxa de natalidade em 2002 foi de 6.105 nascidos vivos. No quadro nosológico, são endêmicas as Doenças de Chagas, Dengue, Leishmaniose, Esquistossomose, Hanseníase e Tuberculose. Entre as principais causas de mortalidade estão as doenças do aparelho circulatório, as causas mal definidas, as neoplasias, as afecções originadas no período perinatal e por fim, as causas externas⁵ (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

Escolhemos o nível de atenção básica de saúde e neste o Programa Saúde da Família (PSF), como campo de investigação, porque pressuposta e estrategicamente, esse é o *locus* privilegiado para implantação das propostas de reorganização do modelo assistencial no SUS (BRASIL, 1997).

O município de Montes Claros tem 33 (trinta e três) equipes de Equipe Saúde da Família distribuídas (ESF) nos Centros de Saúde da Família, denominação dada pelo SMS de Montes Claros às unidades do PFS. O quantitativo de profissionais nessas equipes é de 35 médicos, 35 enfermeiros, 35 técnicos e auxiliares de saúde e 240 Agentes Comunitários de Saúde. O Programa Saúde da Família tem cadastrado no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB), 109.163 habitantes e 26.276 famílias cobrindo 33,2% da população estimada no DATASUS⁶ - que é da ordem de 342.585 habitantes no município de Montes Claros (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2004).

⁵ Provocadas por violência, homicídios e acidentes de trânsito.

⁶ Sistema Nacional de Dados do Sistema Único de Saúde.

Cada equipe do Programa Saúde da Família possui 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 2 (auxiliares de saúde) e 4 (quatro) Agentes Comunitários de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

Os sujeitos da pesquisa são 20 (vinte) trabalhadores de saúde de duas equipes do PSF (Unidade da Saúde da Família do Bairro Santa Rafaela e Unidade da Saúde da Família do Bairro Santo Antônio I) nas categorias profissionais de nível médio e superior de escolaridade, envolvidas nas atividades técnica e 02 (dois) gerentes. Um dos gerentes entrevistado é responsável pelo Programa Saúde da Família e 1 (um) pela área de recursos humanos, no que se refere à estratégia Educação Permanente em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

Adotamos como critério de seleção dos gerentes para a investigação a condição de pertencerem ao corpo técnico gestor da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, no que diz respeito ao planejamento, coordenação e controle das atividades no PSF e processos educacionais direcionados à rede de saúde. Os gerentes entrevistados são os responsáveis pela Divisão de Coordenação do Programa de Saúde da Família e pela Secção de Capacitação de Recursos Humanos.

A estrutura organizacional da SMS compõe-se do Secretário titular (gestor), da Assessoria Jurídica e três gerências: Gerência de Planejamento e Acompanhamento-CEPAC, Gerência de Assistência à Saúde-GEASS e Gerência de Administração e Finanças-GEADF. Fica a cargo da Gerência de Planejamento e Acompanhamento o planejamento e acompanhamento de atividades pertinentes ao controle do sistema municipal de saúde, captação e controle de recursos financeiros (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

A Divisão de recursos Humanos no GEADF, responsável pela gestão da política de pessoal do quadro de servidores lotados na Secretaria Municipal de Saúde, pertence à Gerência de Administração e Finanças-EADF. Nessa estão as Seções de Administração de Recursos Humanos e de Capacitação de Recursos Humanos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

A Seção de Capacitação de Recursos Humanos tem a atribuição de fazer levantamentos relativos à necessidade de qualificação e reciclagem, bem como a elaboração de programas e medidas relacionadas ao desenvolvimento dos Recursos Humanos da SMS.

A primeira equipe investigada é composta por um médico clínico geral (possui também especialidade em Nefrologia) que há um ano ali trabalha; um enfermeiro especialista em saúde coletiva, que está na unidade há dois anos; dois auxiliares de saúde com curso em técnico de enfermagem, e que há seis anos trabalham nessa unidade. Também há quatro Agentes Comunitários de Saúde.

A segunda equipe investigada tem composição quase idêntica à primeira, um médico em saúde da família (tem também especialidade em homeopatia) que há um ano presta serviço nesta unidade; um enfermeiro especialista em saúde da família, que está na unidade há seis anos; dois auxiliares de saúde com curso em técnico de enfermagem, e que está a seis anos trabalhando nessa unidade. Também conta com quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A unidade da Saúde da Família do Bairro Santa Rafaela abrange os bairros Santa Rafaela, Alterosa II, Vila Murici. A unidade da Saúde da Família do Bairro Santo Antônio I atende os bairros Santo Antônio I, Alto da Boa Vista e Conjunto Bandeirante.

Elegemos como critério para a escolha das equipes do Programa Saúde da Família a maior experiência em relação à estratégia Educação Permanente em Saúde (EPS) ou em relação a processos educativos que se aproximam dos conceitos de EPS. A seleção foi processada junto com os gerentes do PSF na Secretaria Municipal de Saúde. Consideramos como Gil (1999) que na seleção de amostras intencionais ou por julgamento, quando adotado um critério razoável de julgamento, pode-se chegar a resultados favoráveis. Para este autor, a escolha de amostragem por julgamento ou intencional é usada para escolher elementos "típicos" e "representativos" para uma amostra. A abordagem da amostragem por julgamento pode ser útil quando é necessário incluir um pequeno número de unidades na amostra.

Também seguimos, quanto à definição da amostra, a recomendação de que “numa busca qualitativa, preocupa-nos menos a generalização e mais o aprofundamento e abrangência da compreensão...” e a capacidade de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2000, p. 102).

Ao incluir todos os trabalhadores da equipe na investigação, seguimos os pressupostos teórico-metodológicos previstos para a Educação Permanente em Saúde, a qual tem como eixos estratégicos o processo de trabalho em equipe e a horizontalização dos processos educacionais como rede.

No levantamento bibliográfico, analisamos os documentos referentes às propostas e projetos de Educação Permanente em Saúde e relatórios de execução existente na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

Na fase da pesquisa empírica, realizamos entrevistas semi-estruturadas com os gerentes do Programa Saúde da Família e com os trabalhadores das equipes de saúde, seguindo um Roteiro de Entrevista (v. APÊNDICE A, APÊNDICE B). Essas foram gravadas e transcritas para manter a fidedignidade das falas dos entrevistados, após a obtenção do consentimento dos mesmos.

Segundo Minayo (2000), a entrevista representa importante instrumento dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa, caracterizando-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala e possibilita a obtenção de dados objetivos e subjetivos.

Nas entrevistas semi-estruturadas, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer livremente, mas sem deixar de pronunciar-se sobre as questões centrais que envolvem a pesquisa. Toda entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um roteiro e para Minayo (2000, p. 121), nesse é necessário “enumerar de forma mais abrangente possível às questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”.

Utilizamos, na avaliação dos dados, a técnica de *Análise de Conteúdo* que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores quantitativos ou não, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que

permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Enfatiza-se o conteúdo das comunicações das mensagens a partir das informações fornecidas, mas entendendo e interpretando o que está sendo comunicado além dos conteúdos manifestos (MINAYO, 2000).

O levantamento dos dados e a conseqüente análise dos conteúdos foram organizados em três partes: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após a transcrição das entrevistas, o conteúdo de cada uma delas foi separado, analisado e agrupado por tema. Construímos então categorias empíricas para propiciar a análise das falas sobre a forma como os trabalhadores de saúde vêem o processo de trabalho, suas intencionalidades, os elementos que o constituem e possibilidades de gerar necessidades por novos conhecimentos. Categorizamos as necessidades educativas, como são concebidas e operacionalizadas, o valor que os agentes do trabalho atribuem aos processos educacionais no interior dos serviços de saúde, bem como a relação entre quem propõe, o que é proposto e sua adequação ao cotidiano das práticas de saúde.

A análise propriamente dita, teve um caráter da *hermenêutica dialética*. Tal perspectiva busca a articulação dos referenciais teóricos concernentes à temática com informações extraídas do trabalho de campo. A hermenêutica dialética se apóia na reflexão histórica que toma o intérprete e seu objeto como momentos do mesmo contexto apresentados como tradição (MINAYO, 2000). Assim:

[...] a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas (MINAYO, 2000, p. 227).

Minayo (2000) considera que a perspectiva totalizadora é heurística, porque afirma os princípios de complexidade e diferenciação, reflete relações reais, ao mesmo tempo vê a realidade objetiva como um todo coerente, compreende e analisa as partes, formando correlações de conjuntos e unidades. É dialética por afirmar o princípio de união dos contrários, abrangendo as totalidades parciais e totais.

Para finalizar a exposição da metodologia da forma como a tomamos neste estudo, valemos mais uma vez de Minayo (2000, p. 237) quando argumenta:

O produto final e sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado do qual nos fala Marx. Mas a sua compreensão jamais é contemplativa. Ela inclui num mesmo projeto o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador. A interpretação, além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é o momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos. [...] não é uma atividade nem fácil e nem externa ao investigador. [...] a investigação enquanto processo e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção.

Na realização da pesquisa, seguimos as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e obtivemos o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (ANEXO 1), com o qual firmamos o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos, seguindo a ordem como foi processado o estudo. Os três primeiros capítulos referem-se às bases conceituais em que se assenta o estudo. Analisamos a saúde na perspectiva do desenvolvimento social. Em seguida, fazemos referência aos principais modelos assistenciais, à formação dos recursos humanos e sua inter-relação com os modelos de desenvolvimento propostos para a sociedade brasileira. Abordamos a seguir as concepções sobre processo de trabalho e processo educativos e suas

inter-relações na prática de saúde, por último, analisamos a Educação Permanente em Saúde, diferenciando-a da Educação Continuada.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados da investigação, em que analisamos as categorias empíricas centrais, obtidas a partir do tratamento dos dados, que fundamentaram as discussões sobre o processo de trabalho e processo educativo no âmbito da Educação Permanente em Saúde no Programa Saúde da Família do Sistema Municipal de Saúde do município de Montes Claros.

Em Considerações Finais, refletimos sobre os resultados obtidos neste trabalho.

CAPÍTULO I: DESENVOLVIMENTO SOCIAL, EDUCAÇÃO E SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da luta do movimento da Reforma Sanitária que se iniciou na década de 1970, tem buscado a ampliação da democracia e a conquista dos direitos sociais no Brasil. Esse sistema tem legitimidade social e política e mantém-se na vanguarda das políticas sociais brasileiras no que se refere ao caráter democrático e participativo de suas instâncias. Conquista social importante, o SUS é uma instituição que garante, e que busca ampliar, a mais de 70% da população um leque de ações (CARVALHO, 2002).

O maior desafio que este sistema apresenta na conjuntura atual, é a concretização na prática de seu ideário, principalmente no que se refere à assistência integral a saúde com qualidade e a superação do distanciamento entre usuários e trabalhadores de saúde, entre equipes e comunidades, entre trabalhadores e seus meios de trabalho.

Ultrapassar estas dificuldades presentes inclui a construção de um sistema onde atuem sujeitos sociais com autonomia e participação, sujeitos que busquem superar as desigualdades existentes na nossa sociedade, promovam a melhoria nas condições de vida dos indivíduos, invistam na construção coletiva de alternativas assistenciais na área da saúde. Compreendemos que este é o principal ponto de articulação entre desenvolvimento social, saúde e educação: o investimento na democracia, na produção da saúde, como qualidade de vida e emancipação social.

1- Considerações sobre desenvolvimento e saúde

Entre os diversos autores (Kliksberg, 2001; Pereira, 2003; Sen, 1999; entre outros), encontrados na literatura atual, que se ocupam em analisar o desenvolvimento nessa esfera, buscamos os que podem nos ajudar a entender a relação entre desenvolvimento social e saúde. Entre esses, seja enfatizando os aspectos econômicos, os políticos ou sociais, há sempre uma concordância de que o desenvolvimento está relacionado à melhoria nas condições de vida dos indivíduos, o que implica essencialmente em considerar as condições de saúde.

Pereira (2003) relaciona o desenvolvimento com o crescimento do padrão de vida da população. Para o autor, o desenvolvimento deve estar inserido em um processo global no sentido de abarcar transformações econômicas, políticas e sociais, sendo o aspecto econômico preponderante. O resultado é que o desenvolvimento, assim entendido, passa a ser automático, autônomo e necessário.

Deluis (1994) critica a opção por um modelo de desenvolvimento que enfatiza a ótica econômica, sem preocupação com o indivíduo ou com as comunidades e sociedades. Para a autora, esse tipo de desenvolvimento representa a internacionalização da economia, a competição entre as empresas, o uso intensivo das inovações tecnológicas. Tem como consequência a redução dos postos de trabalho, o desemprego estrutural, o aumento da exclusão social, o agravamento das diferenças sociais entre países ricos e pobres – e entre os ricos e os pobres dentro de um mesmo país – e a devastação do meio ambiente pelo uso predatório das tecnologias. A autora cita Dowbor⁷ para afirmar que se tornou cada vez mais difícil identificar o *bem-estar humano* com o *bem-estar da economia*.

⁷ DOWBOR, Ladislau. *A Reprodução social: propostas para uma gestão descentralizada*. Petrópolis: Vozes, 1998.

Ao tomar o aspecto econômico como preponderante para pensar o desenvolvimento, faz-se uma relação de imediato com a questão da pobreza no Brasil, considerada como a privação coletiva do mínimo necessário a sobrevivência e a saúde. No país, a exclusão social é um processo de exclusão econômica, embora para levar a situação de privação coletiva, várias situações se agreguem à pobreza, como a discriminação, a não equidade, a não acessibilidade, a não representação pública (SPOSATI, 1999).

Um dos piores níveis de desigualdade do mundo é ostentado pelo Brasil e essas desigualdades repercutem nas condições prévias de vida e saúde das populações. O país apresentou grande melhora nos macro-indicadores de saúde no Século XX, embora comparativamente, essa redução tenha sido muito menor do que as observadas em outros países. As taxas de mortalidade infantil (e também a desnutrição) ⁸ declinaram nos últimos anos, contribuindo para ganhos gerais de sobrevivência da população brasileira. Provavelmente isso tenha sido resultado da melhoria nas condições de saneamento, uso de novas tecnologias terapêuticas e programas específicos na área social. Embora seja necessário ressaltar que as melhorias nos indicadores não reflitam a situação como um todo, já que permanecem os bolsões de grandes desigualdades com prevalências de diferentes doenças nos diversos espaços sócio-geográficos do país (IPEA, 1996).

Aprofundando a discussão acima, Barros e Mendonça (1997) partem da análise de que o desafio de pensar o desenvolvimento como capaz de contrapor-se à pobreza e à desigualdade, certamente requer pensar para além de seus aspectos econômicos, já que as políticas de

⁸ A taxa de Mortalidade Infantil é definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade (por mil nascidos vivos) em determinada área geográfica e período, e interpreta-se como a estimativa de risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Altas taxas de mortalidade infantil refletem de maneira geral, baixos níveis de saúde, de condições de vida e de desenvolvimento socioeconômico (DEVER, 1988, p. 71-107).

redução de desigualdade parecem ter maior impacto sobre a diminuição da pobreza do que as de crescimento econômico.

Sen (2000), ao analisar as teorias de desenvolvimento, também questiona aquelas que têm como premissa fundamental o crescimento econômico e o aumento da prosperidade como atrelados à melhora do bem-estar das populações. Nesse sentido, discute a validade do Produto Interno Bruto (PIB) per capita como medida do incremento do bem-estar das sociedades, uma vez que este depende não apenas do crescimento da economia, mas principalmente de como esse crescimento é partilhado entre os diversos grupos da sociedade.

O autor afirma que apesar de existir uma forte relação entre distribuição de renda e condições de saúde, a relação entre o Produto Interno Bruto (PIB) e a expectativa de vida não pode ser considerada uma relação linear. Demonstrando a discrepância entre os PIB per-capita e as médias de expectativas de vida da população, refere-se aos exemplos de países como o Brasil e a África do Sul, que exibem indicadores de saúde muito mais baixos que países bem mais pobres. Argumenta o autor, que além de incrementar ou melhorar a distribuição da renda e aumentar também a expectativa de vida, é preciso um investimento social importante que garanta a construção do bem-estar das sociedades.

Sen (2000) vai além dos outros autores ao afirmar o desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades reais desfrutadas pelas pessoas. Segundo ele, essas não se limitam à acumulação de riqueza e crescimento, variáveis relacionadas à renda; mas que dependem igualmente dos direitos civis, políticos e sociais, incluindo capacidades elementares como ter condição de evitar as privações como a fome, a subnutrição, a morbidez evitável e a morte

prematura. Afirmar que, a essas liberdades, outras devem ser agregadas, como as associadas a saber ler e fazer cálculos aritméticos, ter participação política e liberdade de expressão.

Este autor considera que os diversos tipos de liberdades instrumentais têm efeito complementar umas as outras e que essas liberdades são o meio para se chegar ao desenvolvimento. Nesta perspectiva, as pessoas têm que serem vistas como ativamente envolvidas na conformação de seu próprio destino, e não apenas como beneficiárias passivas dos frutos dos programas. Também é necessário considerar que o Estado e a sociedade têm papéis amplos no fortalecimento e na proteção das capacidades humanas.

Podemos associar a expansão das liberdades, na perspectiva em que Sen (2000) a coloca, com a concepção ampliada de saúde como produção social adotada pelo SUS, que incorpora os determinantes sociais do processo saúde/doença na promoção da saúde e qualidade de vida, e tem a participação dos trabalhadores de saúde e usuários como direito da cidadania. Nesse sentido, a participação social é elemento essencial da própria idéia de democracia e tem o papel instrumental de capacitação e de aprendizado coletivo, extremamente relevante para a promoção do desenvolvimento, desempenhando inclusive um papel no processo de formação e consolidação das identidades regionais.

A participação social, ao configurar-se como princípio do SUS, tem instigado o debate atual no setor saúde como possibilidade de se instituir um projeto solidário na área da saúde, entre Estado e sociedade civil, no rumo das mudanças a serem estabelecidas, visando à melhoria das condições de vida e saúde da população e conseqüentemente na promoção do desenvolvimento social. A instituição dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo,

torna viável o controle público das decisões políticas e na formulação e implementação das políticas públicas no setor.

Carvalho (1999) enfatiza como de grande relevância a construção, pela sociedade civil, de um projeto solidário de consolidação das garantias sociais e cujo padrão esteja fundado na civilidade e na ética, como uma nova filosofia pública, em que os valores e culturas devem ser retro alimentados pelo diálogo entre ciência e tradição, entre imaginário e real, entre subjetividade e objetividade, entre oriente e ocidente.

Mendes (1996) considera que muito pode ser feito no âmbito da saúde. O autor sintoniza com a análise de vários outros teóricos do assunto e com as propostas do Ministério da Saúde e de órgãos internacionais como Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), no sentido de socialmente se construir um novo sistema de saúde, referido por uma concepção positiva da saúde, com qualidade de vida; por um novo paradigma sanitário, a produção social da saúde; e por uma nova prática sanitária, a vigilância à saúde.

Kliksberg (2001) amplia esta discussão ao colocar a perspectiva do foco em nível local, municipal ou regional, embasado em propostas de descentralização das políticas econômicas e sociais, de fundamental importância, a fim de promover dentro de um modelo estatal diferente, soluções para os problemas articulando-se as redes produtivas com a sociedade civil e com as próprias comunidades pobres.

Esse autor coloca a descentralização política e operacional como uma via, que a partir dos governos dos países em desenvolvimento, propicia políticas sociais ativas e efetivas e conseqüentemente a renovação organizacional do estado tradicional. Neste caminho, o

direcionamento da ação em áreas como saúde, educação e outras possibilita ajuste às realidades concretas e locais. Também destaca o processo de participação social como capaz de ampliar a democratização da gestão pública e trazer essa participação para a esfera municipal, tornando mais possível o desenvolvimento social.

Tal aspecto é também analisado por Santos (2003) para quem o caminho dos seres humanos, a partir de suas realidades locais, pode levar a um outro tipo de sociedade. Um novo projeto de sociedade endógeno pode ser construído e se direcionar a uma modernidade nos próprios termos dos países pobres, segundo as regras de seu próprio equilíbrio.

O mundo datado de hoje deve ser enxergado como o que na verdade ele nos traz, isto é, um conjunto presente de possibilidades reais, concretas, todas factíveis sob determinadas condições. O mundo definido pela literatura oficial do pensamento único é, somente, o conjunto de formas particulares de realização de apenas certo número destas possibilidades. [...] Por isso, situações como a que agora defrontamos parecem definitivas, mas não são verdades eternas (SANTOS, 2003, p. 161).

Ao tratar sobre o desenvolvimento, muitos dos vários aspectos abordados pelos autores citados condizem com a concepção ampliada de saúde adotada pelo Sistema Único de Saúde. Nesta concepção, no âmbito da produção social da saúde, são considerados como requisitos a paz, educação, habitação, renda, ecossistema estável, conservação dos recursos, justiça social e equidade, a participação social e a descentralização de ações e serviços para o município. Este conceito ampliado de saúde está assim formulado por Arouca (1986, p. 02):

A saúde é algo a ser atingido, que vai desde direito ao trabalho e salário condignos, educação, alimentação, habitação, ao lado de uma política econômica adequada e uma política social prioritária e que, assim entendida, transcenderia a questão de médicos, hospitais e medicamentos.

A proposta da Organização Mundial Saúde (OMS) – *Saúde para Todos no século XXI* reafirma a proposta inovadora de desenvolvimento de política de saúde, holística e global, com base nos conceitos de equidade e solidariedade, enfatizando a responsabilidade da saúde,

envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade, colocando a saúde no centro do desenvolvimento do sistema social.

Com base nessa concepção, o desenvolvimento humano é uma questão central e o conceito de *equidade* é item fundamental para assegurar a remoção das diferenças entre indivíduos e grupos. Aspectos esses que se entrelaçam com a justiça social, cuja base está fundamentada na ética, a fim de garantir o desenvolvimento e guia de todos os aspectos políticos e práticos.

Consideramos que pensar saúde e desenvolvimento social no contexto atual, implica pensar na possibilidade de uma outra racionalidade em saúde, assentada sobre a integralidade na atenção à saúde e no cuidado. Também implica reconhecer o papel dos trabalhadores de saúde, enquanto agentes da promoção da saúde e do desenvolvimento social, em uma nova relação com a população, propiciada através do diálogo e na busca da emancipação, deles mesmos enquanto trabalhadores dessa área e da emancipação dos sujeitos sociais, usuários dos serviços de saúde.

Pensar saúde e desenvolvimento social direciona a buscar a reorientação dos serviços de saúde e também dos processos de formação de trabalhadores em saúde, incorporando os determinantes do processo saúde e doença tanto no currículo dos profissionais, quanto no exercício de sua prática. Aponta para o isolamento do conceito mecanicista de saúde⁹ predominante no modelo assistencial, ainda hegemônico, que é responsável pela visão da medicina exclusivamente sob a ótica individual, curativa e biológica.

⁹ Nesse conceito, a saúde é ausência da doença, tida como perturbação do funcionamento de algum dos subsistemas que compõem o ser humano, visto como uma máquina, de cujo “mecanismo” sentimentos, prazeres e dores são apenas epifenômenos (MARTINS, 2002).

Há que se considerar que muitas são as dificuldades ainda existentes para implantar a proposta do SUS de prática de saúde integral, comprometida com as necessidades e demandas do usuário, levando em conta o projeto terapêutico usuário-centrado¹⁰ e superar este modelo centrado na ótica curativa e biológica, o qual ainda hoje persiste. Ceccim (2005) enfatiza como um grande desafio ultrapassar esse modelo *linear* de saúde, já que essas práticas encontram-se, principalmente, na tendência corporativa dos profissionais de saúde, no saber biomédico, na degradação da clínica pela medicina de mercado e na burocratização das organizações de saúde.

A análise da trajetória histórica da saúde permite entender essas questões, presentes na fase na qual se encontra o sistema de saúde, em que se busca suplantar práticas remanescentes do paradigma flexneriano¹¹ e implementar práticas de saúde integrais.

2- Desenvolvimento social, modelos assistenciais e educação na saúde: processo histórico

No presente estudo, incluímos delinear os modelos assistenciais e os processos educativos na saúde, a partir de sua inserção no processo histórico da saúde e no modelo de desenvolvimento social proposto. Não podemos deixar de advertir que neste estudo contamos com as limitações de uma abordagem restrita às características genéricas, embora se faça

¹⁰ Segundo Franco et al (1999, p.345-353) o projeto terapêutico usuário-centrado é um processo relacional de um usuário com um trabalhador, que visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida.

¹¹ Refere-se ao paradigma baseado nas propostas do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela *Carnegie Foundation for the Advancement of Teachin*, que conduziu a super especialização médica. Nesse, foram definidos os padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos; introdução do ensino laboratorial; o estímulo à docência em tempo integral; a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; a vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; controle do exercício profissional pela profissão organizada (FRANCO & MERHY, 2003, p. 72).

necessária à apreensão mais determinada sobre os modelos de desenvolvimento social referentes aos modelos e práticas assistenciais e de educação na área da saúde no Brasil, em função da compreensão da base material e das relações objetivas e subjetivas em que ocorreram ou ocorrem.

Tanto os modelos de desenvolvimento social, os tecnoassistenciais e os de formação de recursos humanos em saúde são aqui tomados naquilo que possuem de essencial para a análise das práticas educacionais atuais. Em outros termos, não podemos falar na formação de trabalhadores de saúde, sem mencionar o processo de trabalho e os modelos que os orientam. Compreendemos também, não ser possível abordar as propostas organizativas para o setor de saúde, sem considerarmos qual a noção de sujeito que a condiciona e determina, assim como o modelo de desenvolvimento, adotado como pano de fundo. Desse modo, privilegiando-se o plano da estrutura biológica, tende-se a sugerir a organização dos modelos de atenção relativos a processos de cura e de reabilitação. Priorizando-se o plano das necessidades sociais e dos interesses, são ressaltadas ações visando à promoção, a prevenção e a intervenção sobre o processo de deliberação das políticas públicas.

Nesse contexto, faz-se necessária a discussão de alguns conceitos básicos que fundamentam a nova forma de pensar a saúde, como o conceito de *paradigma sanitário*. Carvalho (2002, p. 39) conceitua-o como “uma síntese entre o sistema de conceitos e valores socialmente construídos que induzem a julgamentos e fornecem elementos para elaboração de projetos e orientação da prática”. No mesmo entendimento, Silva Junior (1998) e Merhy (1997) denominam-no de modelo tecnoassistencial e conceituam-no como um arranjo, a partir dos saberes da área e projetos de construção de ações com determinados fins, ou como estratégia política de determinados agrupamentos.

Paradigma sanitário e conceito de saúde-doença se inter-relacionam, sendo influenciados pela comunidade científica, pelas inovações na teoria geral das ciências, pelas teorias da saúde nos métodos e práticas sanitárias e influenciam a formação dos profissionais de saúde (MENDES, 1996). Ademais, os paradigmas, construídos com base no processo histórico das políticas para a saúde, configuram a forma como são tratados os recursos humanos na saúde (NUNES, 1998).

Para Mendes (1996), historicamente, a concepção do processo saúde-doença tem evoluído da maior vinculação com as doenças e a morte - aproximações negativas - até concepções vinculadas à qualidade de vida de uma população, considerada por este como um ponto de encontro, um produto social, uma aproximação positiva.

Na concepção de saúde como produto social, um marco importante é a *Carta de Ottawa*¹², documento resultante da I Conferência Internacional em Promoção da Saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde) em 1986. Nesta, a promoção da saúde tem como requisitos a paz, a educação, habitação, renda, ecossistema estável, conservação dos recursos, justiça social e equidade e é considerada como "o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (BRASIL, 1996a).

Essa concepção ampliada de saúde, estabelecida constitucionalmente em 1988 e operacionalmente na Norma Operacional Básica-NOB-SUS/1993, comporta três grandes campos. O campo da assistência refere-se às atividades dirigidas às pessoas, individual ou

¹² Carta de Ottawa, promulgada na 1ª Conferência de Promoção em Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa no Canadá (BRASIL, 1996; CARVALHO, 2002).

coletivamente, e prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar. O campo das intervenções ambientais inclui as relações e as condições sanitárias no ambiente de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros). O terceiro campo é o das políticas externas ao setor saúde, definidas como aquelas que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, que incluem as questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos (BRASIL, 1993a, 1993b, 1999).

Anteriores e concomitante a esse conceito de saúde e ao paradigma que o segue, vários modelos estiveram presentes na história da saúde brasileira. Todavia, para efeito desta análise, faremos referência particularmente ao modelo médico assistencial privatista, cujos remanescentes têm em parte convivido, até o presente momento, com o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde.

O modelo médico assistencial privatista foi gestado na década de 50, com o processo de industrialização acelerada vivenciada pelo Brasil, período em que houve o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos. Este modelo consolidou-se em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e institucionalizou-se em 1977 a partir da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O II Plano Nacional de Desenvolvimento, que direcionou a criação do INAMPS, separou as ações de saúde pública das de atenção à saúde e dividiu o sistema em três subsistemas, sendo o primeiro a medicina simplificada, destinada à cobertura nominal de populações não integradas economicamente e ações remanescentes do sanitarismo; e sendo os outros o

subsistema privado contratado e conveniado, hegemônico e o subsistema de atenção médica supletiva, com pouca significância naquele momento (MENDES, 1996).

OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989, p. 239) destacam a forma como este Plano dividia as ações na área da saúde:

[...] o do Ministério da Saúde com caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado.

O subsistema privado contratado e conveniado, hegemônico na década de 1970, tinha como principais características a extensão de cobertura previdenciária a quase totalidade da população, privilegiando a prática médica curativa, individual, assistencialista, especializada e hospitalocêntrica. Propiciava a prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde levando a capitalização da medicina e a criação de um complexo médico assistencial-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. Nesse sentido, teve a direção articulada do Estado com os interesses do capital internacional (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

A partir deste modelo a idéia de saúde passou a ser associada cada vez mais ao acesso a serviços médico-assistenciais, embora esses demonstrassem baixa resolutividade em relação aos problemas concretos (MENDES, 1996).

O modelo médico-assistencial privatista seguia o conceito de desenvolvimento social vigente, relacionado ao conceito de crescimento econômico, baseado no modelo de modernização das sociedades do hemisfério Norte.

Tal concepção de desenvolvimento ancora-se na noção de planejamento, a qual foi amplamente difundida e assumida pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), organismo internacional ligado à Organização das Nações Unidas (ONU). Concebia-se o planejamento como imprimindo uma direcionalidade ao desenvolvimento econômico que, ao promover um ambiente social adequado, leva ao aumento da expectativa de vida e de melhores condições de saúde física, mental e social, associando-se saúde com riqueza e doença com pobreza (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

No modelo médico-assistencial privatista era hegemônico o modo flexneriano de pensar a saúde via formação e ato do médico. A formação dos trabalhadores da saúde, as políticas educativas e a operação dos serviços também seguiam esse modelo biomédico, principalmente na formação médica, orientando as relações entre ensino e serviços de saúde (integração docente-assistencial).

Neste modelo, o hospital é considerado como espaço da cura e eixo estruturante dos serviços de saúde e da formação profissional. A abordagem é clínica/individual e a ênfase é dada à especialização intensiva e extensiva. A educação médica adotará as características deste modelo, que também dirige a formação das demais profissões da área, como a enfermagem (SCHRAIBER, 1989). Foi adotado pelas instituições de ensino superior, atrelado ao desempenho técnico e científico, vinculando-se a lógica do desempenho e da produtividade no setor de produção de cuidados à saúde. Também foi implantado o controle e a autoregulação do exercício profissional e enfatizada a pesquisa biológica.

Paralelo e concomitante ao modelo hegemônico médico privatista, no início da década de 70, desenvolveu-se o modelo da medicina comunitária. Este, embora menos relevante em termos

de importância e de investimentos públicos, ampliou as possibilidades de atuação dos serviços de saúde e de integração da atenção médica com as ações preventivas, de controle ambiental e educação para a saúde. O doente transforma-se em unidade operacional das campanhas institucionais e a vigilância epidemiológica torna-se atividade prioritária na saúde pública (MENDES GONÇALVES, 1994).

Franco & Merhy (2003) analisam que o desenvolvimento da medicina comunitária no Brasil, ocorre a partir das reflexões do médico inglês Bertrand Dawson, que se opondo ao modelo flexneriano, propõe a implantação de serviços de saúde e a regionalização de suas estruturas, responsáveis pelas ações preventivas e terapêuticas, contando com médicos generalistas, capazes de cuidar dos indivíduos e voltados às comunidades. Essas propostas difundiram-se pelos formuladores de políticas de saúde, principalmente através da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos e deram origem ao modelo de *Medicina Comunitária*, adotado como alternativa para aumentar o acesso da população mais pobre, diminuindo os custos dos serviços médicos. Silva Junior (1998, p.57) apud Franco & Merhy (2003, p.74) dizem que os serviços de saúde foram implantados como *guerra à pobreza* e integração dos marginalizados na sociedade americana, na visão funcionalista da época.

É importante ressaltar, como a faz Oliveira & Teixeira (1989), que embora possam parecer estranhas as propostas de intervenções coletivas de saúde em um contexto de hegemonia da prática médica curativa, essas podem ser explicadas quando se considera que foram adotadas como medidas para a contenção da demanda, que avultaram e tornaram-se difíceis de serem respondidas.

Também há que se considerar a influência na cena internacional da Atenção Primária em Saúde (APS), que deram origem ao planejamento e implementação de uma série de planos e programas de medicina comunitária com base no Plano Decenal de Saúde das Américas. A medicina comunitária foi incorporada pelo Estado através de programas, como o Programa de Extensão de Cobertura (PECs) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que buscavam concretizar a extensão de cobertura da população (FLEURY, 1995b; NUNES, 1998).

É importante citar, em relação aos modelos propostos na medicina comunitária, a experiência inovadora surgida em 1971 com o Projeto Montes Claros no Estado de Minas Gerais. Esse projeto adquiriu notoriedade, a partir de suas propostas, relacionadas a um novo modelo de organização de serviços, novas práticas pedagógicas, transformação radical das relações no interior da equipe de saúde, participação da comunidade e dos servidores, práticas inovadoras no planejamento e gestão e autonomia e fortalecimento do nível local (TEIXEIRA, 1995b). Esta experiência foi referência para o Ministério da Saúde, que o adotou como estratégia política e divulgou seus resultados em seminários, criando condições para novas experimentações e o debate em outras realidades.

Para Teixeira (1995b) a experiência de Montes Claros constituiu-se como um laboratório de democratização na saúde, em que foram conceituados, montados e testados alguns dos principais instrumentos da Reforma Sanitária, tais como: a produção de um saber sobre a causa social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais.

O Projeto Montes Claros em Minas e a experiência do PIASS no Nordeste serviram como referência para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) no que diz respeito às experiências de atenção primária. O PREVSAÚDE incorporou a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade: a cobertura em áreas carentes; a atenção primária como porta de entrada do paciente no sistema de saúde; a participação comunitária e as técnicas simplificadas; a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade independente da sua vinculação enquanto público ou privado; e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (TEIXEIRA, 1995b).

Oliveira & Teixeira (1989) citam outra importante mudança na década de 70, e relacionada ao PIASS, que foi o surgimento da noção de *recursos humanos em saúde* substituindo a utilizada até a década de 1960 - *peçoal empregado na saúde* (NUNES, 1998).

A questão dos recursos humanos foi retomada e direcionada para a construção do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), programa que tratava de elementos importantes da relação ensino-serviço, problematizando o modelo vigente na área da saúde. Foram configurados os objetivos de preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar com vistas principalmente a cobertura dos déficits existentes e previstos para extensão de cobertura e a melhoria dos serviços.

Investiu-se também através do PPREPS no apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 (dez) regiões docentes assistenciais para atingir 15 (quinze) a 20 (vinte) milhões de habitantes e ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos

Humanos para a saúde em cada Estado da Federação, integrado aos sistemas de planejamento setorial respectivo (NUNES, 1998).

O PPREPS teve grande importância como elemento de um projeto político de setores avançados das instituições estatais, especialmente o Ministério da Saúde. Sofreu influência das organizações internacionais que buscavam *modernizar* as formas de participação do Estado na organização das práticas de saúde. O PPREPS foi instrumento de intervenção estatal na área de formação de pessoal com vistas a contribuir para o modelo de atenção à saúde às populações excluídas do consumo de serviços do subsistema privado contratado e conveniado, hegemônico e o subsistema de atenção médica supletiva (NUNES, 1998).

A contribuição do PPREPS também promoveu resultados no campo da capacitação de pessoal auxiliar e na gestão de recursos humanos e no entendimento das noções de planejamento de recursos humanos, principalmente nos núcleos de recursos humanos nas Secretarias Estaduais (PAIN & NUNES, 1992).

Além de sua importância para a integração docente-assistencial, o PPREPS favoreceu a aproximação do Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde (MS/MPAS/OPAS) com as experiências em curso nas Universidades, ligadas à temática da Medicina Comunitária e que propunham alternativas de práticas para o Sistema de Saúde.

A partir da segunda metade da década de 70, intensificou-se a implantação das Residências em Medicina Preventiva e Social, que se constituíram em importantes espaços de experimentação de novas práticas de ensino em saúde. A integração ensino-serviço, na

perspectiva adotada pelo PIASS associado ao PPREPS de Medicina Comunitária, valorizava as iniciativas e ampliava o seu espectro no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva.

Nunes (1998) argumenta que a integração docente-assistencial compreendia a formação de todas as categorias profissionais através de um compromisso claro entre as instituições, dentro de um processo de ensino-aprendizagem, mediante vivências de práticas na realidade concreta e participação do aluno no currículo e conteúdos acadêmicos, interação permanente entre ensino e serviços.

Também foi a partir de 1970 que se implantou na área educativa em relação à capacitação e formação de profissionais da saúde, orientando as ações na área da saúde pública e respondendo pelo corpo conceitual e metodológico das ciências da saúde, um bloco de disciplinas, quais sejam: epidemiologia, administração de serviços, planejamento em saúde e ciências do comportamento. Nesse cenário, dissemina-se o conceito de *medicina moderna*¹³.

Passaram a ser utilizados amplamente os indicadores de mortalidade e os coeficientes de mortalidade infantil. Esses indicadores permitem caracterizar as diferenças de nível de desenvolvimento entre regiões e países e avaliar o impacto de políticas sociais e transformações econômicas, sendo passíveis de serem calculados a partir dos registros civis.

¹³ Caracterizada pelas intervenções fundamentadas no conhecimento técnico-científico, em detrimento das práticas tradicionais, e incorporando a descoberta e síntese, em escala industrial, de antibióticos e inseticidas, capazes de eliminar vetores de doenças, de hormônios e medicamentos realmente eficazes para muitas doenças.

Na segunda metade da década de 70, a partir da pressão de um cenário econômico adverso, intensificaram-se as discussões em torno do Sistema Nacional de Saúde e a implementação das propostas de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde¹⁴.

A VII a Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980, inspirando-se na Conferência de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978 - Atenção Primária em Saúde, teve como tema central a *Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos*. Nesta Conferência elegeu-se como foco de atenção especial os sistemas nacionais de saúde, sendo recomendada a regionalização dos serviços e a expansão de cobertura (FRANCO & MERHY, 2003).

Os primeiros anos da década de 80 foram marcados pela eclosão da crise da Previdência Social, que ocorreu no contexto da crise fiscal do Estado, determinando o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista. Embora sejam reconhecidos os inegáveis êxitos no combate a doenças infecciosas e dos importantes avanços no conhecimento e manejo de algumas doenças crônicas, através de tecnologias biomédicas, o modelo em questão foi incapaz de impactar as diversas realidades de saúde vigentes. Persistiram os problemas sanitários das regiões de pobreza e escassez e não se produziram efeitos sobre as doenças e agravos oriundos do processo de desenvolvimento, decorrentes da transição epidemiológica como as doenças crônicas e as causas externas (MENDES, 1996).

¹⁴ De acordo com a definição original, Atenção Primária de Saúde é “a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação” (OPAS/OMS, 2005, p. 3).

Um novo contexto fez emergir novos atores, intensificando a discussão da cidadania via redemocratização da sociedade brasileira e pela reforma sanitária e determinou os rumos das políticas de saúde.

As Ações Integradas de Saúde (AIS)¹⁵, implantadas em 1983 em todo o país, representaram um avanço em relação ao processo de gestão até então adotado pelo Sistema de Saúde. Através deste programa foi introduzida a proposta de gestão colegiada de ações de saúde, envolvendo além do Ministério da Previdência e Assistência Social, os Ministérios da Educação e da Saúde e os níveis estadual e municipal (BRAVO, 1996).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante na saúde e imprime uma mudança radical nas formas de gestão até então existentes, de natureza privatista e centralizadora. Nesta Conferência o rumo da mudança na saúde traduz-se em propósitos e propostas que se constituem em instrumento para influir na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) e na elaboração da nova Constituição Social (MENDES, 1996).

A nova conformação do sistema de saúde brasileiro motivou a formação de recursos humanos em saúde pública com vistas à preparação de quadros de trabalhadores que seriam responsáveis pela implantação do sistema. Nesse contexto, surgiram novas linhas de cursos, recortados por temáticas (recursos humanos, planejamento, vigilância sanitária) e foram criados os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (NUNES, 1998).

¹⁵ As AIS, estratégia utilizada dentro do plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), tinham como princípios a universalização, potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, prevenção, descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas (MENDES, 1994, p. 22).

O texto constitucional em 1988 criou o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado após pelas leis n.º.080 e 8.142 de 1990, e agregou os conceitos de *descentralização*, *regionalização* e *hierarquização*. A descentralização foi o principal tema da década de 1990 e seu processo de implantação ocorreu a partir da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). Esta vinculou a descentralização à municipalização e possibilitou criar instrumentos e estruturas que propiciaram aos estados e municípios a capacidade gerencial, tais como, conselhos e fundos de saúde, planos estaduais e municipais, relatórios de gestão (BRASIL, 1993).

A década de 90 foi época de efervescência de proposições para implantar e implementar o Sistema Único de Saúde e época de crises, com a adoção no cenário político do projeto neoliberal. Esse último, inclusive, impondo-se à sociedade brasileira, principalmente em relação ao desmonte dos direitos sociais conquistados.

Para Mendes (1996) a crise na saúde pode ser qualificada em quatro dimensões: a ineficiência, a ineficácia, a iniquidade e a insatisfação da população. Os fatores provocadores desta crise podem ser caracterizados como de natureza estrutural e não apenas circunstancial. Para responder a crise um novo paradigma de intervenção sanitária deve ser adotado, combinando três grandes tipos de ação: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

No bojo das movimentações da década de 1990, a saúde passa a ser entendida como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população. Estado de saúde em permanente transformação, passível de acumulação e desacumulação (MENDES, 1996). Sendo produto social de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. No campo de conhecimento, requer a interdisciplinaridade e no campo das

práticas, a intersetorialidade. Pressupostos que levam a compreender a saúde enquanto expressão de qualidade de vida, incorporando todas as dimensões ou espaços, onde se vive, dentro da dimensão global, holística.

Também, a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde, ganharam espaço propostas como *distrito sanitário*¹⁶ e outras com vistas à intervenção no espaço sanitário público. No âmbito da proposta para a reorganização dos serviços de saúde, surgiu e implantou-se o Programa Saúde da Família no intuito de buscar um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Embora as várias proposições e o estabelecimento constitucional do SUS privilegiem este modelo de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral, autores como Santana & Christóforo (2004) analisam que persiste na área da saúde o modelo da medicina curativa e centrada no ato médico, de supervalorização da ciência e do cientificismo. Os autores citados pontuam os avanços científicos e tecnológicos que temos assistido nas últimas décadas como importantes na área da saúde e necessários em sua contribuição para a saúde da população, mas consideram que não podem vir (como tem ocorrido) desnudos de reflexão ética e implicando em capitulações graves em relação à atitude humanista.

Santana & Christóforo (2004) analisam que tanto o modelo da medicina científica quanto o sistema médico do capital monopolista estão institucionalizados hegemonicamente, desde sua implantação no início do século, por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica. Esses modelos se caracterizam por uma atuação que

¹⁶ O Distrito Sanitário é concebido como processo social de mudança das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e a eficácia sociais, a equidade e a democratização e que ganha forma em um território local (MENDES, 1996, p.264-269).

considera os médicos como simples prestadores de serviços, como outros profissionais presentes na sociedade. Construiu-se tanto a objetivação do homem pela medicina quanto da sociedade em relação ao médico, que a *arte* médica, o mítico e o místico no papel social do médico ficaram embaçada. A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, agora é enfocada como consumidora de tecnologia e como um objeto de estudo de disciplinas como a química, a física ou a botânica.

O debate, entre os atores da área da saúde, sobre a implantação do modelo proposto pelo SUS frente a esta medicina curativa e centrada no ato médico e de supervalorização da ciência e do cientificismo tem sido constante e amplo. Tem se dirigido principalmente à reorganização dos sistemas de saúde através da reforma da Universidade e do processo de descentralização político-administrativa do Estado (FEUERWERKER & ALMEIDA, 2003).

Neste contexto, os recursos humanos têm sido considerados estratégicos como agentes e sujeitos sociais responsáveis por responder ao desafio da implementação de um modelo com as características propostas para o SUS, que atenda às necessidades sociais e aos interesses da população. Modelo que deve se assentar nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização, participação social e tendo o cuidado e a ética como norte na atuação (CECCIM, 2004; MERHY, 2002; MOTTA, BUSS, NUNES, 2003).

As necessidades de capacitação de recursos humanos têm sido destacadas desde 1986 pelas Conferências de Recursos Humanos, em função das necessidades do Sistema Único de Saúde de dispor de profissionais e equipes qualificadas para dar conta de modo eficiente (em termos

de custo) e eficaz (em termos de resultados) das questões presentes na área da saúde (BRASIL, 1996b).

Atualmente, vêm sendo propostos e desenvolvidos programas e ações para a formação/preparação de trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre estes podem ser citados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) entre outros (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, formulada em 2004, tem como diretriz a Educação Permanente em Saúde, estratégia cujo eixo principal é a articulação entre formação e desenvolvimento dos trabalhadores e o processo de trabalho em saúde, a gestão dos serviços e o controle social.

A Educação Permanente em Saúde ao interrelacionar o processo educativo ao processo de trabalho, impõe ao nosso estudo a necessidade de situar e analisar o objeto do trabalho em saúde, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito na área da saúde.

CAPÍTULO II: O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde é o eixo principal do processo educativo na estratégia de Educação Permanente em Saúde e para melhor o compreendermos buscamos situar e analisar o trabalho enquanto expressão da atividade humana e como se realiza enquanto objeto e meios de trabalho na área da saúde.

O processo de trabalho significa uma ação de intervenção humana histórica e socialmente bem definida sobre realidades que se quer mudar e se realiza dentro da divisão social do trabalho. Segundo Marx e Engels (2000, p.17):

[...] desde o momento em que o trabalho começa a ser repartido, cada indivíduo tem uma esfera de atividade exclusiva que lhe é imposta e da qual não pode sair; é caçador, pescador, pastor ou crítico e não pode deixar de sê-lo se não quiser perder os seus meios de subsistência.

O trabalho é sempre uma ação transformadora, realizada intencionalmente e que envolve o objeto, os instrumentos materiais e os conhecimentos, que permitem operar esses instrumentos. É exercido por um agente que possui saber e que opera no objeto uma transformação. Para ser capaz de realizar a ação, o agente antevê o produto do trabalho, o que melhor corresponde às necessidades que justificam o trabalho.

O trabalho em saúde, em relação à sua especificidade, conjuga saberes e práticas e se faz através de ações individuais e coletivas com abordagens clínicas e sanitárias na problemática da saúde.

O trabalhador de saúde é o produtor das ações e das novas condições necessárias ao processo de trabalho na sua área de atuação e estabelece relações recíprocas com o objeto de trabalho,

instrumentos e atividades e com outros sujeitos também produtores de ações no campo da saúde. No processo de trabalho em saúde o objeto é o ser humano, que deve ser tratado como sujeito e apreendidas suas necessidades, que são objetivas e subjetivas e cujo processo de objetivação parte do conceito de saúde e doença (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Uma particularidade do trabalho em saúde é o predomínio da categoria dos médicos que tem assumido, historicamente, um papel dominante resultado de uma autoridade técnica e social. Todavia, as propostas atuais dirigem-se para o trabalho em equipe de forma articulada e dirigida à superação da fragmentação do processo de trabalho e dos atos de cada trabalhador. Inúmeros autores têm se ocupado em analisar a categoria trabalho na saúde e pretendemos explicitar algumas coordenadas destas análises nos subtópicos a seguir.

1- Algumas mudanças no mundo do trabalho

Deluis (1995) considera que a estrutura do mundo do trabalho foi impactada pelas mudanças ocorridas após 1970 em decorrência de uma crise capitalista em decorrência da crise energética, a resistência à produção taylorista¹⁷ por parte dos trabalhadores organizados, as mudanças no mercado consumidor de bens e serviços, o acirramento da concorrência intercapitalista. Como resposta à crise, estabeleceu-se mudanças no mundo da produção e do trabalho, que passaram a repercutir no modo de organização da produção e do trabalho industrial.

¹⁷ O modelo Taylorista de organização assenta-se em uma ideologia produtivista, realçada como um método científico de organização do trabalho. Sobressaem neste modelo algumas características como a produção em série e padronizada, parcelamento de tarefas, não exigência de qualificação da mão-de-obra, grande distância entre concepção e execução, intervenção mínima do indivíduo no processo de trabalho e organização fortemente hierarquizada. Confere-se a técnica um estatuto de ciência, um saber desinteressado, objetivo e neutro (DO CARMO, 1992, p. 42).

As novas demandas do capital impuseram a reestruturação das empresas, qual seja a maior racionalização, produtividade e qualidade nos produtos e serviços através do investimento em tecnologia de base microeletrônica e novas concepções organizacionais, para atingir os mercados cada vez mais competitivos e instáveis e aos quais o modelo Taylorista foi incapaz de responder (DELUIS, 1995).

Segundo Deluis (1995), as novas estratégias de administração e gestão da força de trabalho possibilitaram a integração dos processos produtivos, a flexibilização de produtos e processos de trabalho, a descentralização da produção, enxugamento de estruturas de produção, mudanças na divisão de trabalho, a especialização flexível, novos padrões de produtividade e formas inovadoras de adequação da produção à lógica do mercado.

Para a autora, o aprofundamento do processo de internacionalização do capitalismo, desde a década de 1990 tem se traduzido na internacionalização dos mercados e sua integração, a formação de blocos regionais, fusão de empresas em conglomerados e o deslocamento de indústrias e empresas para distintas regiões do mundo, em busca do lucro e de menores custos. Tal processo vem consolidando o trabalho de forma global, sendo que o processo de trabalho e a produção tornam-se cada vez mais subjugados aos movimentos do capital.

Estas novas formas e significados em todo o mundo têm levado o trabalho ao transito do modelo taylorista de organização para um novo modelo denominado de toyotismo¹⁸. O toyotismo responde à exigência de um trabalhador multiqualificado, polivalente, para exercer funções mais abstratas e intelectuais na automação; com capacidade de diagnóstico e solução

¹⁸ Sua premissa básica é a de uma produção em série restrita, de produtos diferenciados e variados com alto controle de qualidade, em torno da linearização da produção e do enfoque de organização da produção em postos polivalentes, flexibilização da produção, quantitativo de trabalhadores em número mínimo e variável (ANTUNES, 1985).

de problemas, de tomar decisões e intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de auto-organizar-se para enfrentar situações em constante mudança (ANTUNES, 1985).

Para Deluis (2001), a agenda de discussões na atualidade sobre a educação, direciona-a para responder a essas exigências de competências contextualizadas no processo de globalização econômica, de reestruturação produtiva e de mudanças no conteúdo e natureza do trabalho. A qualificação real do trabalhador escora-se em competências construídas sobre a ampla base da educação geral (conhecimento científico), de formação profissional (conhecimento técnico) e de experiências de trabalho e social (qualificações tácitas).

2- Novas relações de trabalho em saúde

O processo de trabalho na área da saúde deve ser considerado em três dimensões fundamentais. A primeira se refere às características gerais referentes à modalidade dos serviços, que envolve questões complexas de composição econômica e técnica do capital e a dinâmica das trocas. A segunda está relacionada à razão de se constituir em um serviço, tendo um efeito útil de alguma coisa. Como serviço pessoal se diferencia em sua prestação e por envolver consumo interno de mercadorias (consultas, medicamentos, instrumentos, e outros), tem dimensão mercantil. A terceira característica é que esse serviço se efetua sobre pessoas, com base em uma inter-relação e o sujeito da atenção, não só contribui para o processo de trabalho, mas dele é parte, tornando-se fundamental sua participação para o êxito das ações (NOGUEIRA, 1992).

Também é importante compreender que as ações de saúde são vistas como resultado do que é produzido. A assistência à saúde é a finalidade terapêutica das ações no indivíduo ou grupos

doentes, sadios ou expostos a riscos, que necessitam de medidas curativas, de preservação da saúde ou medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O trabalhador de saúde para produzir um ato de saúde, desenha em seu pensamento a ação e a escolha de instrumentos e recursos que considera oportunas para intervir nos problemas de saúde. A forma com que este trabalhador reconhece o que é problema de saúde, a representação do problema, e como ele pensa que deve abordá-lo, interfere diretamente no resultado que pode alcançar e na satisfação da necessidade do usuário. Atua, tem em vista esse eixo orientador, que é a finalidade do seu trabalho e compõe, assim, determinado processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; 2002).

Merhy (2002) considera que a lógica atualmente predominante nos processos de produção das ações de saúde tem sido a da produção de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), que vem conformando modelos assistenciais. Para o autor, os processos de trabalho voltam-se mais para objetos do que propriamente para assumir compromissos com os usuários e suas necessidades, ou seja, produzir cuidados para que as pessoas vivam melhor suas vidas.

O trabalho na saúde tem sido coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos de trabalhadores, através de uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional no setor. Prevaecem trabalhadores como assalariados, com divisão parcelar do trabalho e alguns do tipo artesanal. Pode-se citar como exemplo das características da divisão parcelar do trabalho, a enfermagem e a farmácia-bioquímica, em que há na execução de seu trabalho, a fragmentação de tarefas entre profissionais, e onde auxiliares e

técnicos ficam sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior (RIBEIRO, PIRES & BLANK, 2004).

Pires (2000) ¹⁹ apud Ribeiro, Pires & Blank (2004, p. 4), ao analisar a segmentação do trabalho na área da saúde, argumenta que:

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional.

Schraiber et al. (1999) consideram que a divisão do trabalho na área da saúde gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. Essa característica gera dificuldades como alto custo, pouca identificação entre usuário e aquele que processa o trabalho em saúde, pouca resolutividade, não responsabilização pelo tratamento do usuário e perda da visão integral do sujeito, que necessita de cuidados em saúde. Para as autoras, a formação de profissionais generalistas e a constituição de equipes multiprofissionais são medidas que podem se contrapor a essas dificuldades.

Segundo Motta (1998), o modelo organizacional clássico taylorista continua prevalente no setor saúde. Neste modelo, os serviços de saúde caracterizam-se por múltiplos estratos de baixa ou nula movimentação vertical. O trabalhador objeto, fator de produção, oferece seu trabalho em troca de um complexo sistema de salários e não é considerado sujeito deste

¹⁹ Pires, D. *Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2000 p. 89.

processo de trabalho. Rovere (1993)²⁰ apud Motta (1998, p. 41) destaca que as estratégias de mudanças institucionais, por décadas, têm se concentrado na estratégia fayoliana de *capacitar às cabeças gerenciais*, considerados como os únicos sujeitos do processo produtivo.

O Ministério da Saúde compreende que a mudança no modelo assistencial do SUS, deve ocorrer a partir, e no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF). Este foi concebido tendo em vista à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, não mais voltada apenas para a cura de doenças no hospital, mas centrada sobretudo na família, envolvendo uma compreensão ampliada do processo de saúde e doença (BRASIL, 1997).

O PSF é um modelo de assistência à saúde que objetiva desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que processam o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1997).²¹ Vale ressaltar que na atual conjuntura, o processo de trabalho do PSF tem demandado estratégias que permitam lidar com essa problemática de saúde e doença e seus determinantes.

Para Franco & Merhy (2003), entretanto, há poucas mudanças no processo de trabalho no PSF, prevalecendo, na prática, a dicotomia entre epidemiologia e clínica. Conforme os autores, o Programa volta-se mais para ações *higienistas* do que *sanitaristas*, pouco considerando a rede de serviços de saúde já existente em todo o país. Embora trabalhe em equipe, sua proposta dirige-se mais para mudança de estrutura. Ademais, os processos de

²⁰ ROVERE, M.R. *Construyendo Metodologías Abiertas*. In Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie desarrollo de recursos humanos n. 96, 1993b, p. 61- 126.

²¹ Ver Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997 que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos seguintes itens: 1.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde (referente às atribuições do Ministério da Saúde, no âmbito do PSF) e 9.1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementaridade e hierarquização (referente às diretrizes operacionais do PSF).

trabalho continuam sendo *médico centrado*, tanto em relação ao atendimento ao usuário, quanto aos processos de trabalho de outros profissionais, em que persistem ações estruturadas pelos atos e saberes médicos. Predominam também as características do modelo tradicional, com processo de trabalho parcelar e com pouca integração de ações dentro da equipe.

Segundo Merhy (2003) é necessário um processo de trabalho em que os *saberes* e os *fazeres* possam interagir, com vistas à operação do cuidado e que favoreça a construção de um modelo *usuário centrado*. Mudar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico requer fundamentalmente interferir nos micro processos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos os produtores do cuidado em saúde.

O desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional é um elemento estratégico para a construção de novos paradigmas na educação e na prática de saúde (CECCIM, 2004). Esse item será abordado de forma mais precisa logo abaixo.

2.1- O objeto do trabalho em saúde

Ao tomarmos para análise o processo de trabalho na saúde, devemos considerar o seu objeto, como esse se realiza e que instrumentos são utilizados. Mendes-Gonçalves (1994) afirma que o objeto do trabalho em saúde é o *corpo humano*.

Motta (1998, p. 43), ao se referir ao corpo como objeto do trabalho em saúde, argumenta que ao longo da história, “o corpo sempre foi palco de lutas que, em última instância, visavam e

visam a certa *domesticação de corpos*; corpo que se manipula, se treina, se modela, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam”. Foucault (1995, p. 126)²² apud Motta (1998, p. 45) parte do pressuposto que:

É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. [...] Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações.

Para Motta (1998), o corpo sendo objeto do trabalho em saúde, independente dos diversos olhares que se possa ter sobre ele há sempre a possibilidade de que este seja usado como espaço de exercício do poder no coletivo social.

Mendes-Gonçalves (1994) diz que o corpo é apreendido através das constantes morfológicas e funcionais, definidas pela ciência na anatomia e fisiologia e que a partir desse conhecimento torna-se um objeto coisa. Para o autor, a prática médica dirige-se ao corpo não apenas para conhecê-lo, mas porque visa, através do trabalho, efeitos sobre o patológico, ou seja, o que escapa ao anátomo-fisiológico do corpo e identifica-se a outras ordens de determinação.

Assim, o trabalho médico, segundo o autor, não se dirige precisamente para as regularidades elaboradas pela ciência biológica, mas, orientados por uma concepção do que é normal ou patológico, a obtenção de efeitos específicos. Os critérios de normalidade ultrapassam a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto da prática médica. A normatividade, o normal e o patológico não existem em estado de pureza biológica (a par de serem concebidas assim pelas suas representações teóricas elaboradas pela ciência), mas já estão definidos no encontro do biológico com o não biológico ao nível do corpo.

²² FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

No processo de trabalho, os profissionais valem-se de concepções científicas sobre o corpo, visando determinados efeitos a partir das carências apresentadas pelos pacientes. Nesse sentido, a apreensão de seu objeto consiste na identificação de suas características, permitindo a visualização do produto final. A clínica é a individualização do normal e do patológico no nível do corpo do homem, indivíduo biológico (MENDES GONÇALVES, 1994).

Historicamente, foi elaborada uma concepção de saúde contida exclusivamente nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano que instrumentaliza tecnicamente o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que o instrumentaliza socialmente. Há, contudo, a apreensão dos corpos anátomo-fisiológicos coletivamente, quando estes são vistos como vinculados ao coletivo e ao meio. O conhecimento da saúde e da doença na dimensão coletiva encontra-se codificado, em termos de seus procedimentos operativos e acumulado em termos de seus resultados, basicamente na epidemiologia (MENDES-GONÇALVES, 1994). Nessa vertente, que valoriza o coletivo, as assertivas introduzem:

A epidemiologia, ao tomar a saúde e a doença na sua dimensão coletiva como objeto de conhecimento, [...] é capaz de produzir para a prática um saber dotado das mesmas características: não é nunca o caso individual de doença que lhe interessa, a não ser por seu significado indicativo de um conjunto: indicadores de frequência de descrição do estado da doença no coletivo. [...] A mais expressiva característica da epidemiologia por contraste com a clínica, no que diz respeito à racionalidade tecnológica do trabalho, reside na capacidade da primeira de gerenciar a segunda, enquanto que o inverso não é verdadeiro. [...] (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 92).

Esse mesmo autor descreve a epidemiologia como estudo de um determinado fenômeno, que explica casualmente, prevendo seu desenvolvimento tendencial, momentos que na prática se configuram como captação da necessidade, tendo em vista a sua objetivação e manipulação, que é a interferência sobre o coletivo com efeitos previsíveis.

A prestação dos serviços de saúde tem como característica, no nível das representações dominantes, ancorar-se na ciência e configurar-se através de instrumentos de trabalho materiais. A prática médica e de outros profissionais na área da saúde é um trabalho que busca responder a um carecimento exterior – do paciente ou do coletivo, que precisa interiorizar, na medida em que esse é seu objetivo. Define-se tanto no produto em si, resultante de sua ação, quanto na obtenção dos produtos de outros trabalhos, dos quais necessitará dispor ou prevê. Na definição de como responder aos carecimentos, são considerados, não as regularidades elaboradas em nível da ciência, e sim efeitos específicos que os atos a serem processados terão sobre o normal e o patológico (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Na apreensão do objeto de trabalho em saúde, o profissional, agente de trabalho, opera com um saber, classificado como tecnologia, tendo em vista sua função expressa. A mais importante de todas as funções do saber do trabalho em saúde refere-se à apreensão do objeto de trabalho (o corpo humano) e à produção de um ato em saúde. Isso se realiza através de um processo intelectual, especulativo ou científico, mas também se desdobra em técnicas materiais, e não materiais, conduzidas pelo saber. A partir das práticas, o saber produz generalizações, conscientes e estruturadas, que vão ser expressas em sua materialidade sob diversas formas, tanto nos instrumentos como nos discursos. Os instrumentos do trabalho são utilizados em momentos de operação do saber e somente nesse contexto é compreensível e operante (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Schraiber (1997) analisa que o processo de trabalho na assistência individual em saúde, realiza-se através de uma ação do tipo técnica, que tem como objeto o doente com sua patologia ou o usuário do serviço com uma demanda (nem sempre referida a patologias) e que será respondida por uma ação transformadora. Esta ação técnica é cientificamente informada e orientada para um fim pré-estabelecido, o que lhe dá um caráter repetitivo, com pouca

autonomia de sujeitos. O trabalho em saúde da assistência individual é criado na modernidade como prática médica técnico-científica e estruturado como pequena produção privada e isolada, conhecida como prática liberal e detendo certa autonomia profissional.

No modelo assistencial vigente permanecem as oposições entre a prática clínica e a sanitária, enquanto modelos assistenciais de perspectivas diversas: de *consulta*, efetuada pelos médicos clínicos e os demais trabalhadores referidos a essa forma de assistência, e de *controle sobre a doença/saúde*, feita pelo médico sanitarista e demais profissionais da Saúde Pública. Os sanitaristas, ainda que possam realizar no cotidiano dos serviços um ajuste com seu processo educacional, enfrentam quase sempre situações de tensão pela forma de inserção no modelo assistencial dominante (SCHRAIBER, 1997).

A compreensão do processo de trabalho é condição necessária para o entendimento sobre as necessidades educativas no sentido da construção de processos educativos relevantes para a transformação dos serviços. A interação destes dois processos-chaves - educação e trabalho, que se constituem como sistemas diferentes e complementares, é marco conceitual necessário na abordagem da temática dos recursos humanos na área da saúde. No capítulo seguinte, discutiremos as concepções e os conceitos sobre educação e trabalho em saúde.

CAPÍTULO III: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE

O sistema educativo, tendo por referência a provisão de cuidados e serviços a serem prestados nos diferentes níveis e organizações dos sistemas de saúde, forma recursos humanos através de um processo de aprendizagem técnica cultural e de práticas. Este processo, por sua vez, institucionalmente, constitui e caracteriza as diferentes profissões na saúde e o trabalho ou desempenho técnico social dos sujeitos (CECCIM, 2004).

As necessidades requeridas pela população definem a demanda de pessoal em tipo, quantidade e qualidade necessária ao trabalho nos serviços de saúde, que por sua vez, definem a oferta de educação das universidades e escolas, bem como as características dos profissionais. Assim, as características são mediadas pela estrutura e dinâmica dos mercados trabalhistas e das profissões e pelos processos de profissionalização. Vale ressaltar que tal dinâmica permite a construção de campos de saber, que influenciam os grupos de profissionais, impondo regras de comportamento a seus membros e regimes especiais de tratamento sobre assuntos pertinentes a seus interesses para o conjunto da sociedade.

O planejamento e regulação, as condições de emprego e desemprego, a legislação do trabalho, as concorrências e as oportunidades de desenvolvimento profissional e humano dos trabalhadores de saúde ocorrem através da atuação do Estado, cujas definições de política dão forma concreta aos sistemas de saúde.

Atualmente, a área da saúde é integrada por profissões, cujos núcleos de competências organizam-se pelas práticas de assistir e por outras, cujos núcleos de competências integram

as práticas de promoção da saúde (CECCIM, 2004). Os recursos humanos da área da saúde, isto é, os agentes das práticas de saúde, recebem diferenciadas denominações.

Médici et al. (1999, p. 100-102) ²³ apud Ceccim (2005) definem como *trabalhadores de saúde* todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde, independentemente de formação específica para o exercício das funções correspondentes ao setor. Para os autores, são *profissionais de saúde* os que, estando ou não ocupados no setor da saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. Já o *peçoal de saúde* é definido como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica – prática ou acadêmica – ou seja, com habilitação profissional na área específica, trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde.

Os trabalhadores de saúde, com formação e habilitação profissional, devem estar aptos para a assistência individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção da saúde e para a prestação de práticas de saúde coletiva. O processo educacional que visa à formação desses profissionais de saúde opera tanto no desenvolvimento de capacidades gerais (identificadas como a grande área da saúde), quanto nas especificidades de cada profissão (CECCIM, 2004; PINHEIRO & GUIZARDI, 2004).

A análise das propostas de formação de trabalhadores para a área da saúde, definidas a partir da década de 1970, evidencia que essas acompanham os mesmos processos de outros setores de produção, inseridos no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade. Em outras

²³ MÉDICI, André Cezar; MACHADO, Maria Helena; NOGUEIRA, Roberto Passos e GIRARDI, Sábado Nicolau. *Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho em saúde no Brasil*. In: SANTANA, José Paranaçu & CASTRO, Janete Lima de (Org.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde* (Cadrhu). Natal: Editora da Universidade/UFRN, 1999, p. 193-107.

palavras, o processo de acumulação de capital, que tem como um dos seus pilares o desenvolvimento tecnológico, influencia a oferta de serviços, interfere no mercado da força de trabalho e, conseqüentemente, na modelagem dos serviços de saúde, na adequação da formação dos trabalhadores a estas novas competências e na determinação de um novo perfil de qualificação (DELUIS, 2001).

Deluis (2001) considera que a competência profissional está relacionada com a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma da situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Não depende, portanto, apenas da aquisição de conhecimentos técnicos, mas sobretudo daqueles construídos pela própria experiência e de habilidades e atitudes desenvolvidas na trajetória da vida do sujeito.

Competência profissional para Deluis (2001) envolve um conceito político educacional abrangente, que requer um processo de articulação e mobilização gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos. É construída ao longo do trabalho profissional, garantindo ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho. A competência exprime uma mudança essencial nas organizações do campo de trabalho, configurando uma nova forma de atuação do trabalhador, diante das transformações e ao mesmo tempo um novo modelo de gestão da força de trabalho.

Ressaltamos em sintonia com Deluis (2001) que a formação profissional deve buscar a formação integral, que abranja a dimensão da cidadania e a humanização dos cuidados, na perspectiva dos usuários e não devendo apenas se adequar às exigências do mercado ou valorizar somente as habilidades operativas. Primordialmente é necessário buscar a promoção,

a autonomia do trabalhador e usuário para assumirem em conjunto, o primeiro, seu processo de trabalho e o segundo, a sua própria saúde. Desse modo, o cuidado à saúde ao se orientar para o princípio da integralidade transcende as competências e tarefas técnicas, e se posiciona na esfera do cuidar, no estar em relação, no encontro entre pessoas que atuam umas com as outras.

Merhy (2002) analisa que todo trabalhador de saúde, independente de sua função, desempenha um duplo papel, operador de cuidado na produção do acolhimento, responsabilizações e vínculos e responsável pelo *projeto terapêutico*²⁴ que faz a intermediação entre os vários saberes profissionais e disciplinares, permitindo lidar com a necessidade de saúde presente.

Esse autor parte da premissa que os trabalhadores portam algo que ele denomina de *caixa de ferramentas* (valises), ou seja, o arsenal que deve possuir para a produção em saúde. A primeira valise, vinculada a sua mão, contém os vários equipamentos que expressam ferramentas tecnológicas ou *tecnologias duras*. A segunda valise está na cabeça, contendo saberes da clínica e da epidemiologia. Essas são as *tecnologias leves-duras*. A terceira valise encontra-se no espaço relacional trabalhador-usuário, chamadas pelo autor de *tecnologias leves*, e só têm materialidade em ato. Essa última possibilita o encontro trabalhador-usuário, momento singular do processo de trabalho em saúde. Os arranjos dessas valises, definindo qual será priorizada, são estratégicos e definidores do sentido dos modelos. A repercussão das reestruturações produtivas no setor leva à construção de *projetos terapêuticos* tensos.

O campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em

²⁴ Conceituada pelo autor, como certa maneira de agir dos profissionais de saúde, no dia-a-dia nas práticas de saúde, que operando com certo modelo de saúde, programa e concretiza certas práticas através de ação tecnológica, para responder as necessidades.

saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e, portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas neste processo (MERHY, 2002, p. 37).

Merhy (2002) considera que a lógica acumulativa do capital financeiro centra-se na produção de um projeto terapêutico, que permite o controle da incorporação de tecnologia *do alto*. Nesse sentido, o capital conforma as *valises* para os trabalhadores, que passam a ter que contar com saberes clínicos que possibilitam a construção de projetos terapêuticos integralizados, com articulação de saberes de saúde e economia, a fim de realizarem o cuidado com custo controlável, submetendo os projetos terapêuticos ao controle do custo. “Captura a microdecisão médica sobre seu ato por uma microdecisão gerencial, ou burocrática-administrativa tomada e comandada pelo capital financeiro” (MERHY, 2002).

Na análise de Ceccim (2004) e Merhy (2002) aflora possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou de criação de outros saberes, práticas e poderes na contradição entre a força do trabalho vivo, com seu potencial de criação e os modelos que buscam cristalizar os processos de trabalho e conformar os atores a determinados papéis.

Ceccim (2004, p. 268) destaca a necessidade de deslocar a atenção do eixo corporativo centrado para o usuário centrado²⁵. Por isso, as fronteiras de saberes e práticas de saúde, conformados em profissões e os recortes profissionais devem ser reconfigurados para produzir em equipe atos de saúde requeridos em situação, *em cada caso e em cada cena*. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde devem ocorrer no viés de uma nova configuração no exercício do trabalho e da equipe multiprofissional.

²⁵ Segundo CECCIM (2004), no eixo usuário centrado, a responsabilização gerada é para com o projeto terapêutico, tornando cada ato mais implicado com o direito à saúde de cada usuário, segundo uma jurisprudência usuário centrada.

Os processos educativos na área da saúde devem ter em seu cerne o deslocamento do exercício liberal autônomo, individual e independente para formas de organização do trabalho assalariado em equipe, organizações e redes; os modelos centrados na fragmentação e divisão do trabalho e na normatização das tarefas para novas modalidades de trabalho cooperativo; o deslocamento dos interesses pessoais para demandas de atualização, a competência individual para os da instituição e equipe do processo de trabalho (RIBEIRO & MOTTA, 1996).

A participação dos trabalhadores de saúde enquanto sujeitos sociais, implicados no processo de produção de saúde, deve ser parte do processo formativo. Este processo formativo deve ter em vista promover a autonomia, protagonismo dos trabalhadores e promover suas responsabilidades na produção de saúde e conseqüentemente na mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho. O processo formativo deve concretizar-se de forma permanente e relacionada às necessidades presentes no cotidiano das práticas de saúde (LINS, LUQUE & RUBIO, 1999).

1- A proposta nacional de Educação Permanente em Saúde

O Ministério da Saúde através da Portaria nº. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. Essa Política adota como diretriz a formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde mais afinados com modelo assistencial proposto para o SUS e preparados para acompanhar a produção acelerada de novos conhecimentos e transformações no mundo do trabalho. Propõe a inter-relação dos processos educativos com o processo de trabalho e o cotidiano da prática de saúde (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde elege a instância locorregional para sua efetivação e para sua gerência, um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão). Define como principais funções dos *Pólos*, a investigação sobre as necessidades de formação, a articulação e o estímulo à transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino (BRASIL, 2004).

Essa Política direciona-se para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e para a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola. Também visa à articulação entre os órgãos federais na área da educação, construção de agenda de cooperação técnica entre o sistema de saúde e as várias instituições formadoras e outras instâncias do sistema de saúde, com o movimento estudantil e com os movimentos de educação popular (BRASIL, 2004).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) têm impulsionado a implantação dessas diretrizes em relação à formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e vêm desde 1984 incentivando experiências inovadoras na área de capacitação de trabalhadores, com o objetivo de servir de referencia na mudança das práticas educativas e de saúde nos serviços (CECCIM, 2005).

A Fundação Kellogg entra nesse contexto, ao reconhecer a inadequação dos modelos de formação para enfrentar os desafios atuais da atenção à saúde. Assim, tem financiado projetos e experiências em vários países, incluindo o Brasil. Esses projetos têm estimulado a mudança na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, destacando-se o Programa *Uma*

Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade (Programa UNI).

Embora recebendo influência dos modelos propostos pelos órgãos internacionais, houve um desapego às referências originais, sendo o desafio da política brasileira o de *ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional* da formulação trabalhada pela Organização Pan-Americana da Saúde, relativa à Educação Permanente do Pessoal da Saúde. Optou-se por “*implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, conectando-a às ações contra-hegemônicas necessárias*” (CECCIM, 2005, p. 2) (grifos do autor).

Ceccim (2003), Ribeiro & Motta (2003) entre outros autores reconhecem a importância dos novos rumos dados à área de recursos humanos na saúde, principalmente quanto à formação e desenvolvimento de trabalhadores direcionados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde [...]. O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12^a Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS), em 2003 [...] (CECCIM, 2005, p. 3).

Por outro lado, essa política tem suscitado críticas por parte de alguns gestores municipais, que segundo Goulart (2004), dizem respeito, principalmente, à dificuldade da Educação Permanente em Saúde sair do plano da política para o plano da execução das ações concretas.

Refere o autor, sobretudo ao modo de condução do Pólo de Educação Permanente em Saúde, através de colegiado local, regional e estadual, que sobrepõem outras instâncias de decisão às já existentes no SUS. Em relação ao financiamento, essas críticas são dirigidas aos recursos, considerados insuficientes para assegurar a agilidade necessária e a forma de sua alocação, sem fluxo constante, impedindo a manutenção das atividades. Esclareça-se que os atuais mecanismos utilizados são os convênios intermediados pelo Fundo Nacional de Saúde ou intermediados pela OPAS e pela UNESCO.

Ao tentar fazer o casamento historicamente desejável entre quem prepara as pessoas para o trabalho - a Academia - e quem os emprega - os órgãos gestores do SUS - parece associar o que há de pior nos dois lados: burocracia, morosidade, voluntarismo, auto-suficiência, ignorância quanto à realidade - para dizer o mínimo! [...] Há, além do mais, verdadeiras ilusões em jogo. E por falar em jogo, a situação atual lembra aquelas contendas infantis em torno de um tabuleiro de gamão ou de corridas com dados, nas quais os pequenos jogadores passam às vezes mais tempo discutindo as regras do que propriamente praticando o que seria o objetivo final, o jogo (GOULART, 2004, p. 2).

O cenário atual apresenta singular complexidade em relação à Política de Educação Permanente em Saúde tanto da implementação de mudanças dos cursos de graduação da saúde, buscando uma sintonia com o SUS, quanto da implantação desta estratégia nos Sistemas Municipais de Saúde (FEUERWERKER & ALMEIDA, 2003).

2- Educação Permanente: (re) vendo conceitos

Para analisar a Educação Permanente em Saúde, faz-se necessário analisar os conceitos de Educação Permanente (EP), como proposto para a educação de forma geral. A proposta de Educação Permanente em Saúde, como será argumentado adiante, absorveu alguns princípios e conceitos de EP, ainda que apresente outros que lhe são particulares.

A Educação Permanente na perspectiva da educação para o século XXI, tem como síntese do pensamento pedagógico o educar-se de forma permanente, tendo o trabalho como princípio educativo. Buscamos entender o significado dos novos processos educativos, como a EP, a partir das relações capitalistas atuais, do ajuste ao processo de globalização e na reestruturação produtiva. É necessário entender, diante das mudanças na organização do trabalho, quais são as exigências, impasses e alternativas vividas pelos trabalhadores.

Partimos do princípio de que toda ação educativa é ação humana. E, como sugere Marx, (1978, p. 15), o processo de construção do conhecimento é produto da atividade humana. A práxis é o fundamento do conhecimento, porque o ser humano só conhece aquilo que é objeto ou produto de sua atividade. É no trabalho que a espécie humana se produz e a história do mundo “não é senão a produção do homem pelo trabalho humano”. O homem ao produzir objetos, modifica a realidade e altera paralelamente sua própria maneira de estar na realidade objetiva e percebê-la. O ser humano contrapõe-se e afirma-se como sujeito num movimento e ação teleológica sobre a realidade objetiva, modificando a realidade, modifica-se a si mesmo.

Tomando a perspectiva que a *educação é contradição*, como evidencia Cury (1995), reconhece-se que a mesma serve ao capital e ao mesmo tempo também ao trabalhador. É possível à educação transformar o homem em sujeito social, indo na contramão do estabelecido. Entretanto, quando tomada como transmissora de saber, assenta-se ao processo de produção e às relações sociais constitutivas do capitalismo, funcionalizada ao serviço do capital como força produtiva e o seu emprego nas relações de dominação surge desta mesma relação com o capital. A educação embora a serviço da dominação, pode ser portadora de seu contrário, e encontrar na luta de classe, as condições decisivas da superação de sua contradição interna, tornando-se motor do desenvolvimento das relações sociais.

A educação, como atividade partícipe das relações sociais contraditórias, é então uma instabilidade mais ou menos aberta à ação social. Se sua função social esteve mais comprometida com os interesses e valores das classes subalternas, isto não é uma fatalidade e nem a sua sina. Cooperar-se com a reprodução das estruturas vigentes, ela se mescla no conjunto de uma ação social transformadora que se opõe à organização capitalista de produção, mediante aceleração da consciência de classe (CURY, 2000, p. 130).

A Educação Permanente situa-se nesse processo contraditório da educação, tendo despertado o interesse dos educadores e tecnocratas europeus no primeiro quarto do século XX como fruto de análise crítica sobre a educação tradicional, considerada como descolada da ação no mundo real (FULLAT, 1979). A partir dessas críticas começaram a surgir propostas de reformas educativas, cujas idéias partiam do pressuposto de que a educação devia corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida. Ela deveria ter como sentido o desenvolvimento do ser humano e não distinguir o tempo escolar do tempo de ação, do exercício profissional.

Incorporando essas idéias, na década de 60 iniciam-se os primeiros trabalhos escritos e pesquisas sobre o que se passou a denominar de *Educação Permanente* (GADOTTI, 1995; MOTTA, BUSS & NUNES, 2003).

Inicialmente, o conceito de Educação Permanente vinculou-se à educação de adultos. Surgiu como contestação ao sistema educativo escolar e universitário, uma crítica ao sistema educacional institucionalizado. Posteriormente, a Educação Permanente foi discutida por educadores, como uma proposta de transformação radical não só no conceito, mas também como prática de educação. Passa a ser considerada como princípio de criação de um sistema paralelo ao sistema escolar e universitário. Essa perspectiva englobaria a totalidade das formas de educação, a totalidade da população e das idades de vida. Emprega-se a palavra

permanente para exprimir uma dedicação estendida por toda a vida, deixando de existir um período próprio para a educação (FULLAT, 1980).

A Educação Permanente, para alguns autores, era entendida em outro sentido, como educação popular ou da promoção da cultura popular. Esse conceito inicial se referia ao campo pedagógico do extra-escolar, fora da escola, completando um currículo que muitos educadores consideravam inadequado. Posteriormente, passou-se a concepção da Educação Permanente como educação complementar, para aqueles que não tiveram acesso à formação que teriam direito, estendendo seu domínio além dos anos obrigatórios (FURTER, 1972).

Para Furter (1972), a Educação Permanente é a educação dos *novos tempos*. Impõe-se assim, porque deve provocar uma reformulação total do sistema global do ensino. Nesse sentido, não pode ser considerada apenas como educação extra escolar, educação complementar, educação para determinada geração, ou para determinada cultura-educação popular. Segundo esse autor, os objetivos e os meios da Educação Permanente, no aspecto sócio-profissional, devem reverter-se no esforço de aperfeiçoamento e de avanço técnico e científico, incluindo a reeducação e a formação profissional acelerada. Em relação ao aspecto sócio-cultural, deve levar a participação no esforço nacional para o desenvolvimento e a construção de uma sociedade industrial.

Todavia, é na década de 70 que o discurso da Educação Permanente passou a ser promovido pela UNESCO, pelo Conselho da Europa, pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). E, apenas posteriormente, pelo Banco Mundial. Apareceu pela primeira vez, em 1972, no informe intitulado *Apprendre a être* da Comissão Internacional para o desenvolvimento da Educação. Nesse enfoque, de acordo com Fullat

(1980), a educação devia buscar a totalidade do ser, ocorrer ao longo de toda a vida e significar para todos os diferentes elementos da sociedade.

Posteriormente, foi elaborado para a Unesco o Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, o Relatório Jacques Delors²⁶. Nesse relatório, considera-se que a educação deve se dar ao longo de toda a vida e organizar-se em torno de quatro aprendizagens que propiciem ao ser humano integrar-se no mundo atual. As aprendizagens são: *aprender a conhecer*, referente aos instrumentos da compreensão; *aprender a fazer*; *aprender a viver junto*, esfera da participação e cooperação; e, *aprender a ser*. Essa última corresponde ao resultado da interação e integração das três primeiras aprendizagens (ROMÃO, 2002).

Esse autor, ao comentar sobre essas aprendizagens, argumenta que as quatro aprendizagens tornam-se verdadeiros pilares da própria vida. Dessa forma, deveriam constituir a perspectiva mais interessante da Educação de Jovens e Adultos, na medida em que carregam em si todas as dimensões da realização humana. Insere-se, a partir da concepção de Pierre Furter, na perspectiva da *Educação Permanente*, da *Educação Continuada* ou da *Andragogia*.

Referindo-se ao Relatório Jacques Delors, Romão (2002) chama à atenção para o fato de que neste não há referências a *saberes*, *conhecimentos*, nem, muito menos, a *competências* – como está na moda do discurso pedagógico neoliberal. Propõe, reitera e ratifica *aprenderes*. A diferença mais significativa entre uma concepção pedagógica que defende os conhecimentos, as competências e as habilidades, de uma outra cuja centralidade seja os *aprenderes* é que a

²⁶ Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenada por Jacques Delors. O Relatório está publicado em forma de livro no Brasil, com o título *Educação: Um Tesouro a Descobrir* (UNESCO, MEC, Cortez Editora, São Paulo, 1999).

primeira, além de potencializar a discriminação, pela diferenciação entre os que possuem e os que deles são destituídos, denuncia uma posição estática, estrutural, define faculdades constituídas e instituídas. Enquanto isso, o *aprender* denota uma dinâmica, um processo, faculdades em constituição e instituintes.

Também Fullat (1980) irá analisar a Educação Permanente como adaptação à rapidez de novas tecnologias, onde o *aprender a aprender* coloca-se como mais importante do que adquirir conhecimento em um conteúdo específico. Ressalta o autor que o interesse em educar-se, que parte do educando, leva-o a transformar-se em sujeito desta ação e desempenhar o papel mais importante neste tipo de educação. E, sobretudo, fomenta no educando a capacidade de educar-se a si mesmo.

Os formadores são os animadores, os facilitadores da aprendizagem. No *aprender a aprender* torna-se necessário o aprender a avaliar-se. Assim, a Educação Permanente requer seres autônomos e criadores, sendo, portanto uma educação política. Com relação à educação profissional, na qual está englobada a Educação Permanente, considera que as constantes revoluções tecnológicas impõem a necessidade de atualização dos trabalhadores no próprio trabalho, sem que seja preciso ausentar-se, compatibilizando trabalho e estudo. Por outro lado, há que se preencherem lacunas ou *erros* na formação básica ou ampliar conteúdos necessários ao desempenho no trabalho.

Para Gadotti (1995, p. 38), a Educação Permanente deve ser distinguida enquanto fenômeno e nesse caso, como necessidade de renovação constante de conhecimento e enquanto discurso, que é o trabalho teórico em torno desse fenômeno. Tecendo críticas ao conceito de Educação Permanente desenvolvido pela UNESCO, como discurso, analisa que a UNESCO tem a

intenção de apresentar um projeto de educação para todos os sistemas políticos, não importando o sistema social e econômico. Considera que é apresentado um discurso vazio, no qual as organizações internacionais citadas incluem os desejos de reformas educacionais.

Segundo o autor, é necessário analisar o discurso da Educação Permanente assim colocado pelo que ele *não diz*. E, ao analisá-lo nessa perspectiva, é possível entender que este não é neutro e aproxima-se ao da *educação do colonizador*. Serve para que os trabalhadores, ao aumentarem a formação profissional, tornem-se mais rentáveis e melhor adaptáveis às novas exigências das mudanças tecnológicas do desenvolvimento econômico e industrial, e, muitas vezes, um alibi para manter os filhos das classes populares distantes da totalidade da cultura.

Gadotti (1995) critica o discurso da Educação Permanente, veiculado pela UNESCO, porque esse cria nos trabalhadores promessas falsas, de formação para o desenvolvimento individual, mas que tem como objetivo o crescimento econômico capitalista. Nesse sentido, é um discurso conservador, ao colocar o mito da educação e formação enquanto pressupostos de toda ação. Assim, bastaria um suplemento de educação para mudar a ordem das coisas, ou seja, para realizar a transformação social.

Concordamos com o autor quando, ao concluir, afirma que uma leitura mais dialética da Educação Permanente e mais atual permitiria pensar que seria possível sobrepor a esta a continuidade da injustiça. Consideramos que outra possibilidade seria conceber a Educação Permanente como um novo começo para a educação. Isso porque, na medida em que ela nos diz que *o homem jamais termina de tornar-se homem*, de ser, de se tornar junto em relação com o outro, é possível através do encontro, da alteridade, do diálogo, propiciar que, no âmbito desses conceitos de Educação Permanente, surja às avessas outra educação.

Kuenzer (1998) refere-se ao discurso da reestruturação produtiva e educação, que pode ser visto dentro de uma concepção de trabalho, enquanto produção de mercadoria, a justificar a educação na perspectiva do investimento individual como condição para empregabilidade. A autora considera que contrariamente, podemos tomar a concepção de trabalho como produção da existência humana e a educação nesse caso será fundamental para a construção da cidadania.

Essa autora comenta a proposta pedagógica para a educação de trabalhadores, que se volta para a construção do que tem sido chamado de nova *subjetividade*²⁷, como mediação entre práticas pedagógicas e relações de trabalho, que exige do trabalhador o desenvolvimento da capacidade de educar-se permanentemente e trabalhar independentemente. Também demanda do trabalhador criar métodos para enfrentar situações não previstas e de contribuir originalmente para resolver problemas complexos. Essa proposta surge em decorrência da atual etapa de desenvolvimento capitalista, marcada pela reestruturação produtiva e traduz-se nas capacidades de agir intelectualmente e pensar produtivamente, premissas essas contidas no Relatório Delors.

[...] a tradicional concepção de qualificação, fundada na aquisição de habilidades técnicas, típica da organização do trabalho segundo o paradigma taylorista /fordista se amplia, passando a exigir o desenvolvimento da capacidade de educar-se permanentemente e das habilidades de trabalhar independentemente, de criar métodos pra enfrentar situações não previstas, de contribuir originalmente para resolver problemas complexos (KUENZER, 1998 p. 73).

²⁷ Deleuse & Guattari (1995, p. 61-106) analisa que a produção de subjetividade pode ocorrer na perspectiva da individualização capitalista na quais os sujeitos assumem as referências de poder e prestígio social modelizadas. Também pode ocorrer na perspectiva de uma *singularização* ou subjetivação, em que a individualização ocorre com o sujeito dando vazão aos fluxos de desejo e paixão, buscando a realização de sua singularidade na relação solidária e criativa com o outro. Neste caso, é subjetivação subversiva às diversas semioses hegemônicas modelizadas pelo capital.

Esta nova *subjetividade* pode ser considerada como possibilidade de revalorização do trabalhador em seu processo de trabalho, já que o conhecimento que se produz na prática, em condições concretas, portanto dinâmicas, pode ser a produção de conhecimento como práxis transformadora, que abre a possibilidade da construção da cidadania, tendo como horizonte a superação histórica do capitalismo (KUENZER, 1998).

Aproximando-se dessa perspectiva analisada, Schraiber (1989) considera que o ensino do saber e a reprodução da ideologia são determinados pelo modo de produção existente e o processo capitalista determina o processo educacional. A educação, sendo um dos processos de reprodução da estrutura social, implicará em reprodução e transmissão de conhecimento e em elaboração dos sistemas de valores dominantes. A ideologia dominante, através do exercício da autoridade revestida pela posse do saber, determina a valorização ou desvalorização de certos saberes e de práticas educativas, bem como o trabalho educacional de transmissão de conteúdo e a difusão e imposição de um dado sistema de valores.

A autora parte do princípio que a escola²⁸, no modo de produção capitalista, é o local eleito para a qualificação do trabalhador e que esta é definida enquanto qualificação do trabalho no processo de produção. Ela é reproduzida no processo educacional falsamente enquanto qualificação do trabalhador. Em outros termos:

Na perspectiva das classes dominantes, historicamente, a educação dos diferentes grupos sociais de trabalhadores, deve dar-se, a fim de habilitá-los técnica, social e ideologicamente para o trabalho. Trata-se de subordinar a função social da educação de forma controlada para responder às demandas do capital (FRIGOTO, 2000, p. 26).

²⁸ Embora se refira a escola, a autora diz tomar a educação de forma global.

O ajuste ao processo de globalização e à reestruturação produtiva, que se realiza sob uma nova base científica e tecnológica, depende da educação básica, da formação profissional, qualificação e requalificação. Os organismos internacionais e órgãos vinculados ao mundo produtivo são os intelectuais de novos modelos de educação e formação que respondem a esta demanda, que desenvolvam habilidades básicas no plano do conhecimento, das atitudes e valores, produzindo competências para a gestão de qualidade, para a produtividade e competitividade.

Santos (1995, p. 197) também aponta esta relação entre a formação e desempenho profissional:

Em primeiro lugar, a acelerada transformação dos processos produtivos faz com que a educação deixe de ser anterior ao trabalho para ser concomitante deste. A formação e o desempenho profissional tendem a fundirem-se num só processo produtivo, sendo disso sintoma as exigências de educação permanente, da reciclagem, da reconversão profissional... Aliás, o próprio espaço da produção transforma-se por vezes numa "comunidade educativa" onde as necessidades de formação, sempre em mutação, são satisfeitas no interior do processo produtivo.

A partir da análise dos autores citados, é possível concluir que os *aprenderes* veiculados pela UNESCO, respondem às novas competências e habilidades gerais advindas com a emergência dos processos de *acumulação flexível*. Essas competências e habilidades que são requeridas ao trabalhador vão além da dimensão cognitiva, intelectual e técnica, e incorporam aquelas de natureza organizacional ou metódica, comunicativas, comportamentais, sociais e políticas. São priorizadas as habilidades cognitivas, capazes de operar em contextos complexos e dinâmicos que contribuem para a elaboração e condução de planos de ação, cujas práticas voltam-se para a identificação e criação de meios estratégicos para o enfrentamento de problemas e controle de resultados. Entre estes estão a capacidade de diagnóstico, a capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de

se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças, enfim, exige-se um trabalhador multiquificado e polivalente.

Para o capital, a gestão por competências implica em dispor de trabalhadores flexíveis para lidar com as mudanças no processo produtivo, enfrentar imprevistos (incidentes/eventos) e passíveis de serem transferidos de uma função a outra dentro da empresa requerendo-se, para tanto, a polivalência e a constante atualização de suas competências, o que lhes dá a medida correta de sua empregabilidade (DELUIS, 1995, p. 3).

A formulação de modelos e sua implementação ocorrem de forma diferenciada, dependendo da ênfase atribuída ao foco no mercado de trabalho ou no indivíduo. Também dependem dos diferentes enfoques conceituais de competências adotados: centrados no indivíduo e na subjetividade do trabalhador ou no coletivo de trabalhadores, do contexto em que se insere o trabalho, o trabalhador e em outra subjetividade.

As diferentes concepções teórico-conceituais orientam a identificação, definição e construção de competências, direcionam a formulação e a organização do currículo ou dos conteúdos. Podem ser identificadas como a matriz condutivista ou behaviorista; a funcionalista; a construtivista e a crítico-emancipatória. Nessa última, que tem seus fundamentos teóricos no pensamento crítico-dialético, a noção de competência adquire um significado relacionado aos interesses dos trabalhadores. Assim ressignificando a noção de competência, é possível atribuir-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores (DELUIS, 2000).

A matriz crítico-emancipatória tem como um dos princípios orientadores a dimensão de construção, balizada por parâmetros socioculturais e históricos, referida aos contextos, espaços e tempos socioculturais e ancorada em dimensões macrosocioculturais de classe social, gênero, etnias, grupos geracionais. Orienta-se, ainda, pela dimensão individual, de

caráter cognitivo, relativa aos processos de aquisição e construção de conhecimentos produzidos pelos sujeitos diante das demandas das situações concretas de trabalho.

A matriz crítico-emancipatória aproxima dos conceitos e propostas de vários autores que têm como marco as diretrizes da reforma sanitária, citados neste trabalho, que têm adotado uma visão crítica em relação aos processos educacionais, fundamentando-se em seu todo ou em parte no pensamento crítico-dialético. Respeitados os limites e finalidades deste texto, consideramos importante uma abordagem sobre esse tema, educação para emancipação, dado a sua referência na Educação Permanente em Saúde.

Evidenciamos a educação como emancipação em Adorno (2003). Esse autor argumenta que a educação é uma exigência política, já que uma democracia só pode funcionar com pessoas emancipadas. A idéia de pensar um indivíduo emancipado vai além da simples transmissão de conhecimento e é contrária a modelagem de pessoas, só tendo sentido a partir da *produção de uma consciência verdadeira*.

Para esse autor, a emancipação é também conscientização, racionalização, que envolve a comprovação da realidade. Embora, neste sentido, signifique adaptação e preparo dos homens para viverem no mundo, não pode ser uma adaptação automática. Desse modo, encontra-se relacionada a uma dialética, a uma ambigüidade, tendo a educação hoje muito mais o papel de fortalecer a resistência ao realismo supervalorizado que se tornou tão poderoso. Reconhece o autor, contudo, que emancipação é um conceito demasiado abstrato, que precisa ser inserida no pensamento e também na prática educacional, caracterizando-se a consciência pelo pensar, não só lógico formal, mas no intuito de fazer experiências intelectuais.

Ao encontro dessa concepção, Arroyo (2000) considera que educar é humanizar, caminhar para a emancipação, a autonomia responsável. Para ele, é isso o que diferencia a pedagogia moderna: ser humanista. O mundo da produção de bens, os processos de trabalho e as relações sociais mudam e nestas transformações os seres humanos transformam-se, formam-se e aprendem, individualizam-se enquanto seres históricos. A respeito disso, o autor ressalta que:

Quando voltamos nossa reflexão para o trabalho como princípio educativo, terminamos nos aproximando de uma teoria social sobre como se forma o ser humano, como se produz o conhecimento, os valores, as identidades, como se dá o processo de individualização, de constituírem-se sujeitos sociais e culturais, livres e autônomos e como constituir uma sociedade de indivíduos livres em relações sociais regidas por princípios éticos, onde o trabalho, a técnica produtiva seja objetivo e ponto de referência para a liberdade pessoal (ARROYO, 2000, p. 143).

Considerando o sentido da humanização, Paulo Freire (2002) propõe uma *educação problematizadora*, na qual os conhecimentos não sejam despejados sobre o educando, mas que a educação considere que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina a aprender” (FREIRE, 2002, p. 25). Nessa concepção de educação, há uma relação dialógico-dialética entre educador e educando; ambos aprendem juntos. Oposta à concepção *problematizadora*, encontramos a concepção *bancária*.

Na concepção *bancária*, a educação torna-se um ato de depositar (como nos bancos), as relações são narradoras, dissertadoras, os que se julgam sábios doam o *saber* para aqueles que nada sabem. A educação *bancária* nega a dialogicidade e tem por finalidade manter a divisão entre os que detêm o saber e os que não o dominam. Já na perspectiva da educação *libertadora*, concebida por Freire, ninguém é definitivamente educado ou definitivamente formado. Cada um, a seu modo, junto com os outros, pode aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades da realidade na vida. A educação torna-se um processo de formação mútua e permanente (FREIRE, 2002, p. 27-28).

Os homens são entendidos como seres históricos, [...] como seres mais além de si mesmos - como projetos - como seres que caminham para frente, que olham para frente; como seres a quem o imobilismo ameaça de morte; para quem o olhar para trás não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo de melhor conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro (FREIRE, 1979, p. 84).

Saviani (2003) considera a educação como mediação no interior da prática social global, sendo a prática o ponto de partida e de chegada. O movimento que se dá no processo de conhecimento passa da síntese à análise, do empírico ao concreto pela mediação do abstrato. Entende ainda que a educação tenha uma importância política no sentido de socialização do conhecimento.

Estes debates e controvérsias conceituais que hoje se colocam a partir da difusão das propostas de Educação Permanente, podem se resumir em três dimensões. A que a considera uma ideologia educativa, cuja funcionalidade radicaria no *ocultamento* dos problemas que determinam as desigualdades de acesso à educação. No Brasil, essa corrente se expressa principalmente em Gadotti (1995). A segunda, que a define como um processo vinculado ao desenvolvimento econômico e social e reconhece o potencial de toda instituição como agência educativa. E, por fim, os que reconhecem nessa um conteúdo humanista.

Diríamos que as relações de dominação, incluindo a educação, contribuem para a reprodução e consolidação das relações sociais, "caso se tornem elementos mediadores entre a estrutura econômica capitalista e a conquista de um espaço: o da consciência e do saber, ambos transformados em forças produtivas" (CURY, 2000, p. 58). Entretanto, a educação "é produto humano e conservará o caráter dialético dos fenômenos existentes na estrutura social", que por sua vez, "geram novas exigências para a educação, que, ao captá-las, antecipa um modo de ser futuro, que determina tarefas para o presente" (Idem, 2000, p. 54).

Ressaltamos essas perspectivas, nas quais as relações não têm uma direção determinística unidirecional, e a educação pode ser possibilidade de conquista do espaço da consciência e do saber, de superação da noção de causa pela de mediação. Assim "se os modos de produção são mediados entre os homens, os homens mediados podem se converter em mediadores entre a estrutura econômica e um novo homem" (CURY, 2000, p. 65).

Desta afirmativa, emerge a possibilidade de estabelecer um protagonismo para os seres humanos como sujeitos de novas relações sociais, "que negam o existente e anunciam e produzem o novo, o que evidencia como negação da negação uma totalidade mais aberta, síntese superadora, porque contraditória" (CURY, 2000, p. 70).

É importante considerar, com base em Cury (2000) o caráter contraditório da educação, questão central na análise do fenômeno educativo. Escamotear a contradição impede o desnudamento do real tal como se apresenta na sociedade capitalista no que diz respeito à relação contraditória entre as classes, a exploração do trabalho pelo capital e o ocultamento dessas nos discursos pedagógicos.

Considerando ainda a análise deste autor, podemos dizer que a educação como partícipe das relações sociais contraditórias, ao cooperar com a reprodução das estruturas vigentes, propicia através dessa instabilidade a possibilidade de ação transformadora e de superação.

Assim, a educação enquanto processo e no interior do processo de trabalho, possibilita a realização da função política da educação, pela ação de sujeitos sociais. Esses, no exercício do seu trabalho, estão organicamente vinculados a uma classe, e no desempenho de sua tarefa,

agregam elementos do econômico, do social e do político, realizando a função de porta-vozes através do seu trabalho.

3- Definindo Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde tem sido tema de produção científica, de debates em variados fóruns e, conforme referido anteriormente, está incorporada às políticas de saúde no Brasil. Acompanha a perspectiva da educação para o século XXI, na qual a síntese do pensamento pedagógico é o *educar-se de forma permanente*.

Trata-se de uma estratégia que perfaz toda a formação do trabalhador desde a graduação, residências, pós-graduação, educação técnica, e que estabelece ações intersetoriais oficiais e regulares entre saúde e educação. É direcionada para desenvolver trabalhadores que desempenhem práticas de saúde que leve a construção da acessibilidade e da resolutividade da atenção e do sistema de saúde como um todo, bem como o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde. Nesta direção a concepção de EPS demarca uma relação com a população, entendida como cidadãos de direitos, efetivando uma política da valorização do trabalho e do acolhimento, oferecido aos usuários das ações e dos serviços de saúde. (CECCIM, 2005).

Segundo autores como Ceccim (2005), é concebida como abrangendo três importantes vertentes, sendo a primeira a de Educação em Serviço. Essa tem como locus de implantação os serviços de saúde, contemplando nesses, os trabalhadores de saúde em formação permanente, a partir do estabelecimento de conteúdos, instrumentos e recursos, pertinente a um projeto que tenha em vista responder às demandas e necessidades da população. A segunda vertente refere-se ao que tem sido denominado como educação continuada, cujo

objetivo é formar quadros institucionais e possibilitar a investidora de carreiras. Uma terceira vertente da Educação Permanente em Saúde é a educação formal de profissionais dentro de um projeto integrado entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino, com propostas para os cursos de graduação na área da saúde.

Pretende-se focar no presente estudo a Educação Permanente em Saúde, na concepção de Educação em Serviço, embora algumas das características abordadas nessa vertente estejam contidas nas outras anteriormente citadas. A formação em serviço, como está sendo entendida pelos autores como Ceccim (2005) dentro da estratégia de Educação Permanente em Saúde, necessária para propiciar novos perfis profissionais e de serviços, que habilitem trabalhadores para responder às necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais. Nessa direção, deve acompanhar a complexidade da atualização permanente dos trabalhadores, orientando-se na formação pela noção de *aprender a aprender*.

A Educação Permanente em Saúde, como formação no serviço, tem como orientação o investimento dos trabalhadores no estatuto de atores, que se responsabilizem pelas práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde, visando atender ao princípio da acessibilidade à assistência à saúde, ao conjunto da população. Nesse mesmo sentido, busca a atualização de conhecimentos e saberes tecnológicos, respondendo aos requerimentos de contínua renovação na área da saúde.

Ao se tratar do acolhimento e vínculo nos processos educativos e de trabalho, faz-se necessário ressaltar o encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção, no qual o

trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir (MERHY, 1997).

Merhy (2003) afirma que a relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, dá-se sob os enfoques do usuário e do trabalhador. O acolhimento na saúde direciona-se a construção de uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. Os processos educacionais que vão nessa direção do acolhimento, vínculo, humanização, têm cotidianamente que propiciar refletir criticamente sobre práticas de saúde e as relações entre os sujeitos nelas envolvidos e contribuir, para que se tornem parte do trabalho vivo nos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde é uma educação humanizadora e tem em vista a emancipação, a autonomia e empoderamento dos trabalhadores de saúde, gestores e usuários. Está proposta como uma aprendizagem de natureza participativa, que enfoca o processo educativo, assentado sobre as características e necessidades do processo de trabalho concreto no cotidiano dos serviços de saúde, tendo-o como parte de um processo crítico do próprio trabalho.

O enfoque no cotidiano do trabalho – e da formação – em saúde dirige-se à realidade dos serviços e à operação de processos significativos nessa realidade. Possibilita que os trabalhadores dialoguem com suas práticas, as problematizem no concreto de suas vivências diárias em equipe e que construam espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos nesses produzidos.

Essas práticas educativas nos processos de trabalho podem vir a propiciar a configuração de dispositivos que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e à seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido (CECCIM, 2005, p. 5).

Reafirmando, o cotidiano dos Serviços de Saúde configura-se como espaço coletivo a ser tomado como fonte do conhecimento, reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos e se tornam, para o processo educativo, insumo para organizar e desenvolver experiências de aprendizagem, intercâmbio de saberes e experiências, atualização das práticas segundo os aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis (CECCIM, 2004; PINHEIRO, 2004).

O cotidiano é o cenário e o *lócus*, onde se expressam as experiências de vida, na perspectiva individual, e também contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados (PINHEIRO, 2001).

Esse lugar compartilhado, o cotidiano, é visto por Santos (1999, p. 258) ²⁹ apud Pinheiro (2001, p. 2) em uma “relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum”. Resumindo podemos dizer que intervir na micro política de organização do processo de trabalho para impactar o serviço de saúde, requer como pressuposto uma reflexão sobre as vivências nesse cotidiano.

²⁹ SANTOS, M. A *Natureza do Espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. 3a ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

Tem sido um desafio fazer com que a educação seja um dispositivo de transferência de conhecimento para os trabalhadores da saúde - compondo assim sua caixa de ferramentas para lidar com os problemas de saúde no cotidiano dos serviços de saúde - e que seja, ao mesmo tempo, elemento disparador de movimentos de mudança, no sentido de torná-los eficazes na produção do cuidado (MERHY, 1997).

É imperativo que o investimento de trabalhadores, como atores no sistema de saúde, ocorra como uma prática diária, na qual seja introduzida mecanismos, espaços e temas que gerem auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento que rompam com o instituído ou com modelos tradicionais.

Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005, p. 4).

Ceccim (2005) divide os principais componentes da Educação Permanente em Saúde no que denomina de *Quadrilátero da Formação*, que utilizaremos como guia na análise aqui proposta, agregando-se o aporte conceitual de outros autores.

O primeiro lado do quadrilátero, em relação à educação dos profissionais de saúde, consiste em promover mudanças na concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes).

Na análise deste autor (Ceccim, 2005) a formação intelectual não deve ocorrer através da transmissão de conhecimento como conjunto fechado, verdadeiro e imutável, mas em uma concepção de ciência que inclua sua própria transitoriedade, temporalidade, relatividade e

descontinuidade dos conceitos. É necessário que a formação intelectual incorpore a subjetividade nos seus processos de construção e a historicidade na seqüência dos acontecimentos, considerando que dialogar com o pensamento biopolítico possibilita um processo de aprendizagem permanente vivido e construído. É necessário instalar um campo do diálogo no campo do saber científico e técnico na área da saúde com o saber do senso comum, da iniciativa, do novo, da ação em liberdade.

Segundo aspecto do quadrilátero é a análise das práticas de atenção à saúde em busca da mudança na concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade.

Em relação a essas novas práticas de saúde, devem ser considerados os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico. Nesta perspectiva, deve-se enfatizar a co-responsabilização dos sujeitos no cuidado em saúde, fundadas na confiança, no conhecimento e na afetividade. A Educação Permanente em Saúde propõe redefinir o objeto de trabalho e o espaço de ação do trabalhador de saúde, “no marco da sociedade em que vive, frente aos paradigmas de saúde e de bem-estar que esta sociedade adota e dentro dos parâmetros sociais, econômicos e políticos da realidade atual” (HADDAD & PINEDA, 1997, p. 6).

O terceiro lado da Educação Permanente em Saúde relaciona-se à gestão setorial, que deve ser propiciadora de rede de serviços, assegurando atenção às necessidades em saúde e a avaliação da satisfação dos usuários. É uma estratégia para a construção de novas metas, políticas,

normas e formas de organização e comunicação no trabalho, a partir do enfrentamento entre velhos padrões e o desenvolvimento de outros distintos. Vincula-se com as políticas de descentralização. Há um deslocamento dos interesses pessoais (demandas de atualização para a competência individual) para os da instituição e equipe (demandas do processo de trabalho), do exercício liberal autônomo, individual e independente para formas de organização do trabalho assalariado em equipe, organizações e redes, com repercussões positivas no trabalho cooperativo que conformam unidades de atenção mais horizontalizadas (ROSCHKE, DAVINI & HADDAD, 1999).

Como último componente do quadrilátero da Educação Permanente, está a contribuição para a análise da organização social, no sentido de atuar junto aos movimentos sociais, dando guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Sintetizando, é possível dizer que a transformação, na organização do trabalho, torna essencial a demanda por novos conhecimentos; uma exigência para todos os trabalhadores, inclusive para os da área da saúde, e que as novas referências favorecem o deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho, onde a Educação Permanente em Saúde aparece como mediadora.

4- Diferenciando a Educação Permanente em Saúde da Educação Continuada

Consideramos que para melhor analisar a Educação Permanente em Saúde é necessário distingui-la da Educação Continuada. Destacamos, como o fazem Ribeiro & Motta (1999), que as diferenças entre elas vão além da questão semântica.

O que marca a Educação Continuada é o fato de ser uma educação para atualização, englobando atividades de ensino após a graduação para aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida, através de metodologias tradicionais. Como referências de atividades estão os cursos, congressos e eventos por interesses pessoais e profissionais, eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços, cursos fora da sede do município, do estado ou do país. Centra-se no desenvolvimento de grupos de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo (RICAS, 1994; NUNES, 1993).

Ricas (1994, p. 2) considera que a Educação Continuada “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais”.

A Educação Continuada configura uma ligação com os modelos tradicionais, em que são *prescritas* na implementação de ações e serviços com a qualidade desejada, habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor. Nesse sentido, a Educação Continuada repete as relações sociais do passado no presente, processando uma repetição sem riscos de quebras ou de surpresas. Produz ou constrói subjetividades assujeitadas (termo utilizado por Foucault³⁰ apud Guizard & Pinheiro, 2004) a um conjunto prefixado de modos de compreensão do mundo.

Essa modalidade de educação responde às necessidades de atualização dos profissionais com vistas à reorientação das políticas sanitárias, implementação de novos programas e ações de saúde nos serviços, organização de respostas às novas demandas dos usuários com o acúmulo

³⁰ FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

de novos conhecimentos. Realiza-se a capacitação dos trabalhadores para fazer frente às mudanças desejadas pelas instituições, através de reunião e difusão de informações e políticas. Também é destinada ao trabalhador, que quer agregar um conjunto de experiências à sua formação inicial, melhorando sua competência e compatibilizando-a com o desenvolvimento de suas responsabilidades.

Sob essa ótica, a competência caracteriza-se como um atributo individual, vinculado ao domínio de conhecimento e habilidades para a qual as ações de Educação Continuada podem contribuir. O trabalhador de saúde ou instituição responsabiliza-se pelo seu desenvolvimento individual programando sua demanda e solicitando ou executando treinamento com objetivos diversos, como recuperar conhecimentos ou habilidades e aquisição de novos conhecimentos trazidos pelo progresso tecnológico (DAVINI, 1994).

Privilegiando a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a Educação Continuada reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho e que se formalizam na descrição dos postos de trabalho.

Segundo Ceccim (2005), o setor da saúde é constituído de modo fragmentado, separado por áreas, subáreas: saúde coletiva, clínica, qualidade da clínica, qualidade da gestão, atenção, vigilância e outras. Essa fragmentação é decorrente da divisão técnica do trabalho na área da saúde, que acompanhou o modelo taylorista e que a partir do extraordinário desenvolvimento do conhecimento científico-tecnológico e a crescente especialização, determinou um impacto sobre a força de trabalho e sobre o processo educativo. Contribuiu para instalar na área da

saúde, para as categorias médicas, um enfoque centrado no conhecimento, e, para outras categorias profissionais, o adestramento técnico no *saber fazer*.

A consequência dessa organização do setor é gerar especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento. Embora o conhecimento atualizado, seja essencial no processo de trabalho de cada trabalhador de saúde, contudo por si só não se constitui em razão suficiente para modificação desses processos e das relações entre os profissionais, das práticas institucionais e no desenvolvimento das responsabilidades em relação ao usuário dos serviços.

Segundo Ribeiro & Mota (1999), ao se entender a prática como mera aplicação do conhecimento, estabelece-se uma relação linear e simplista entre o saber e o fazer. O pressuposto é que os trabalhadores de saúde, em seus cursos de atualização, irão adquirir conhecimento verdadeiro, científico, acumulado e atualizado, passível de ser aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. As impossibilidades de transformação das práticas ficariam reduzidas à falta de conhecimento (domínio cognitivo). O conhecimento adquirido, entretanto, nem sempre tem aplicação linear às realidades cotidianas, mas confere autoridade profissional aos trabalhadores, que a usam como recurso frente ao paciente, legitimando sua ação.

Esse tipo de educação aponta para um caminho planejado e apoiado em processos racionais, no sentido de direcionar os serviços, partindo de políticas centrais, em especial de cobertura de programas. Esta atuação responde pelos cursos, treinamentos e protocolos que partem da

área técnica, onde estão acumulados os conhecimentos em núcleo de saberes, que vão gerar as políticas específicas, programas de ação, ações programáticas, capacitações/prescrições de trabalho, seqüências de atividades definidas de forma vertical dos órgãos planejadores até os serviços executores.

Pode-se afirmar que, a partir dessas análises, a Educação Continuada coloca-se como uma contradição em relação às demandas dos processos de municipalização e descentralização e de ruptura dos programas verticalizados, que claramente requerem a ampliação da capacidade de decisão local e novas formas de relação com a população.

Motta (1999) questiona os processos hegemônicos de formação e capacitação que, ao estabelecer programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais, excluem os próprios sujeitos agentes das práticas da possibilidade de reconstrução do seu trabalho e impedem que os serviços de saúde se constituam em espaços de cidadania.

Paulo Freire (2001) denomina o processo educativo com tais características de educação *bancária*, na qual o educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito de informações fornecidas pelo educador. Educa-se para arquivar o que se deposita. Não há estímulo para a criação, é uma educação domesticadora.

Podemos resumir as diferenças, comparando a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde, em relação ao público alvo, inserção no mercado de trabalho, enfoque, objetivo principal, periodicidade, metodologia e resultados. Segundo Motta (1999), nesses aspectos, a Educação Continuada é uniprofissional e prática autônoma, aborda temas de

especialidades, objetiva a atualização técnico-científica, ocorre de forma esporádica, utiliza como metodologia a pedagogia da transmissão (geralmente através de aulas, conferências, palestras; em locais diferentes dos ambientes de trabalho) e seus resultados são a apropriação passiva do saber científico e aperfeiçoamento das práticas individuais.

A Educação Permanente em Saúde é multiprofissional, prática institucionalizada, enfoca os problemas de saúde com vistas a transformações das práticas técnicas e sociais, ocorre de forma contínua e utiliza, como metodologia, a pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada) e oficinas de trabalho, efetuadas nos mesmos ambientes de trabalho. Busca como resultado a mudança institucional e a apropriação ativa do saber científico e fortalecimento das ações em equipe.

A formação de profissionais, seguindo as diretrizes da Educação Permanente em Saúde, possibilita um processo educativo em que interagem educação e trabalho, a instalação de uma nova forma de interpretar e agir, na perspectiva de valorização dos princípios do SUS, da dimensão cuidadora e do trabalho vivo em saúde (como o concebe Merhy, 2002), consolidando estratégias assistenciais centradas nos usuários e suas necessidades.

Devemos questionar até que ponto é possível construir espaços para que se opere esse processo educativo, possibilitando uma convivência democrática e criativa entre diferentes práticas e concepções de mundo, em que os limites entre os conhecimentos não sejam excludentes e autoritários.

Reconhecemos que as soluções para os impasses da implantação da Educação Permanente em Saúde devem surgir da prática do cotidiano. Cotidiano, no qual as relações sejam

transformadoras e formadoras de idéias e concepções, e a afirmação do diálogo propicie alternativas para responder às necessidades de cuidado dos usuários do SUS.

Podemos pensar (e criticar) a hipervalorização do pedagógico nesse processo educativo como se esse fosse capaz, por si só, de viabilizar o comprometimento com a defesa da vida individual e coletiva. Entretanto, um ponto a ser considerado é que o cenário pedagógico, em que perpassam os processos educativos nos serviços de saúde, inclui não só as dimensões político-institucionais e técnicas, mas também as dimensões humanas, tornando possível esperar pelo resgate da autonomia dos sujeitos- trabalhadores de saúde e sua participação crítica nos processos educativos e de trabalho.

Concluimos, parafraseando Machado, Pinheiro & Guizardi (2004) que seguem a mesma direção outrora apresentada, quando defendem que o surgimento de novos saberes e práticas de saúde, que respondam às demandas existentes por cuidado, depende de que os espaços aos “modos de andar a vida” dos sujeitos sejam espaços de embate de idéias e de “concepções do mundo”, de encontro dentro dos serviços de saúde, de emancipação, de construção de movimentos contra-hegemônicos. A Educação Permanente em Saúde possibilita a concretização da educação emancipatória e possibilita que trabalhadores de saúde formados neste processo promovam-no em relação aos sujeitos sociais/usuários e famílias que assistem.

Discutiremos, a seguir, as concepções e os conceitos que os diversos atores institucionais possuem em relação aos processos trabalho e educativos, bem como da Educação Permanente em Saúde nas unidades de saúde do PSF estudadas. De forma indireta, estaremos analisando os possíveis caminhos ou descaminhos que esta política possa ter, frente ao olhar que trabalhadores e gestores possuem sobre esses processos.

Consideramos que as experiências e saberes profissional e social dos trabalhadores de saúde, suas representações sobre o processo de trabalho e do processo permanente de suas formações, nos cenários do Programa de Saúde da Família, podem ser guia para entender a possibilidade da Educação Permanente de Saúde constituir-se como espaço de construção de novas práticas e relações entre os trabalhadores e os usuários de saúde, relacionados à produção e socialização do conhecimento e ao aprendizado.

CAPÍTULO IV: PROCESSOS DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS-MG

Nossa intenção, neste capítulo, é refletir sobre a Educação Permanente em Saúde, a partir da análise da experiência das equipes Saúde da Família dos Bairros Santa Rafaela e Santo Antônio I em Montes Claros - MG. Procuraremos identificar, segundo a percepção dos trabalhadores, os principais aspectos constitutivos do processo de trabalho e do processo educativo nas práticas de saúde. Em outros termos, como são vistos e entendidos os processos de trabalho e quais conhecimentos são usualmente demandados para realização do mesmo, as lacunas e as ausências identificadas como importantes e que podem se reverter em possibilidades educativas.

Pretendemos relacionar essa percepção dos trabalhadores sobre processos educativos e de trabalho, aos conceitos e propostas de Educação Permanente em Saúde existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

1- A configuração dos processos de trabalho na unidade do Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família é apresentado tanto por seus formuladores (Mendes, 1996) quanto pelos gestores da saúde nos três níveis de governo como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro (BRASIL, 1997; Souza, 2003). Tal programa figura como estruturante para o sistema de saúde, buscando a incorporação da promoção da saúde, do trabalho interdisciplinar, do envolvimento comunitário, e de uma lógica de

responsabilização, que possa contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas.

O Programa em questão é concebido como capaz de produzir novas orientações políticas, epistemológicas, organizacionais, técnicas e práticas sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 1997). No entanto, esse tem se apresentado em diversas facetas, tornando-se, ao mesmo tempo, potencialmente hábil em reproduzir o modelo hegemônico de produção de modalidades assistenciais ou de reverter-lo (FRANCO & MERHY, 2003).

Ainda que se apresente como proposta política institucional, um modelo de atenção de saúde atualiza-se nos serviços através de ações, saberes e práticas de saúde, conforme assinala o autor abaixo:

Qualquer receita para a gestão em saúde enfrenta os terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena (MERHY, 2002, p. 176).

Por conseguinte, deparamo-nos com uma grande complexidade em analisar os processos de trabalho no PSF, no qual está refletido o modelo de atenção. Complexidade que pode ser vista na própria implantação do Programa, pois se trata de uma determinação centrada no Ministério da Saúde, devendo seguir uma prescrição de descentralização executiva das ações e de um planejamento ascendente.

É necessário revelar essa complexidade, mesmo que de forma limitada, uma vez que a mesma descortina algumas das diversas problemáticas e enigmas do processo educativo, os quais se realizam a partir dos processos de trabalho no Programa Saúde da Família. Esse, ao atuar em

várias direções, produz diferentes efeitos sobre a configuração do modelo assistencial e, até mesmo, sobre os modos de vida e relações sociais no território.

Na relação educação trabalho, os processos de trabalho são geradores de demandas educativas. Os processos de trabalho são direcionados a responder aos objetivos e a forma como se estrutura o Programa. Nessa perspectiva, propomo-nos tentar compreender e/ou apreender as diversas formas de visualizar o processo de trabalho sob a ótica dos trabalhadores de saúde iniciando pela compreensão que expressam sobre os objetivos.

Os entrevistados demonstram em suas falas entendimento sobre os objetivos do Programa Saúde da Família. Segundo o Ministério da Saúde estes são prestar o cuidado primário da saúde, assistir às famílias através de atividades promocionais, preventivas e curativas, com ênfase nas primeiras (BRASIL, 1997).

Na percepção dos trabalhadores de saúde entrevistados há necessidade de implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – sendo imprescindível a substituição do modelo assistencial direcionado, historicamente, principalmente para a doença e o cuidado médico individualizado por um novo paradigma. Segundo as palavras destes diferentes atores do setor de saúde:

O objetivo principal da saúde da família é fazer o cuidado primário da saúde, atuar na atenção básica. São os agravos que a gente tenta resolver para que o paciente não precise chegar ao atendimento especializado ou a hospitalização (Médica).

[...] quanto ao Programa Saúde da Família, eu acho que o objetivo principal é educar a população a ter *qualidade de vida*, promover a saúde mesmo, para não ter que tratar a doença (Enfermeira) (grifos nossos).

A Saúde da Família vem com o objetivo de mudar a assistência à saúde. O governo, as autoridades começaram a perceber que só buscávamos *apagar o fogo*, cuidar dos problemas que estavam acontecendo, sem buscar soluções

para que esses problemas não acontecessem. Então, o Saúde da Família veio pra tentar mudar essa realidade (Auxiliar de Enfermagem) (grifos nossos).

Referem-se positivamente sobre os objetivos e estratégias do programa, considerados como tentativa e esforço em trabalhar e tentar solucionar problemas diversos, tendo a famílias como núcleo central, não desconsiderando os grupos de moradores e grupos de pacientes. O PSF é visto como uma possibilidade significativa para acelerar a reforma da saúde e melhorar as condições de vida da população local. É valido ressaltar, na fala de um dos entrevistados acima, os termos *educar* e *qualidade de vida*, implicando numa nova visão em se conceber a saúde.

Outros trabalhadores demonstram conhecer o papel que tem a desempenhar no PSF com base nos objetivos desse programa, abordando, sobretudo a importância da prevenção enquanto ato no trabalho.

Vamos tentar lidar com os problemas que já existem na comunidade e procurar fazer com que esses problemas não aconteçam mais e prevenir, prever o que pode estar causando esses problemas. Então, seria na parte de prevenção, promoção e recuperação da saúde, o objetivo do saúde da família (Auxiliar de Enfermagem).

Os trabalhadores conseguem perceber a diferença desse *novo modo* de conceber a saúde através de resultados obtidos no cotidiano:

Vemos que caiu o índice de hospitalização por causa de diabetes e hipertensão, o índice de hospitalização por causa de alcoolismo. Fazemos também planejamento familiar, grupo de gestantes. Com certeza diminuiu óbito fetal, óbito materno por causa desse trabalho primário que a gente faz com a gestante. Desnutrição praticamente não existe. Hoje, entre todas as crianças que atendemos deve ter um ou dois desnutridos, que identificamos, “trabalhamos” a criança, para que dentro de dois ou três meses, ela volte ao gráfico de crescimento dela, a menos que apresente uma doença de base mais grave. [...] Nós temos no final do mês o fechamento do sistema de informação em atenção básica, o SIAB, todo dia 30. E com os dados do SIAB é possível ver que diminuiu o óbito, diminuiu os agravos (Médica).

É possível perceber na voz dos trabalhadores destas unidades de saúde que a *educação da comunidade* aparece como peça-chave, a fim de que se possa garantir uma maior eficácia na

prevenção. Aqui são visíveis alguns dos primeiros traços daquilo que denominamos de *educação para a vida*:

Mas o objetivo seria isso: educação da comunidade em saúde. A gente entende que se a comunidade está prevenindo doenças, promovendo a saúde, ela não vai chegar ao serviço de cura. A porta de entrada dela seria a atenção básica e ela não vai chegar aos outros níveis (Auxiliar de Enfermagem).

No depoimento acima, estão explícitos os pressupostos do Programa, como nível de atenção básica e porta de entrada do sistema de saúde e a possibilidade de solução de problemas de saúde no nível local.

Um dos entrevistados afirma que é possível ir além dos objetivos da prevenção e da promoção da saúde, isto implica que no espaço da relação entre trabalhador e usuário seria possível ir ao encontro do outro, criar o vínculo, tê-los como *amigos*.

Os objetivos que recebemos quando vamos começar a trabalhar é a prevenção da doença e a promoção da saúde. Só que vemos que não é só isso, percebemos que podemos fazer muito mais, além de promover a saúde e trabalhar com a prevenção. [...] A área que eu trabalho é uma área bem difícil, bem carente. Percebemos que não somos somente agentes de saúde, somos confidentes, amigos, conversamos, acabamos aconselhando, nos tornamos parte da família. Eu acho isso bom [...] para ser um suporte, uma base (Agente Comunitário de Saúde).

Este *encontro* dialógico citado pelo entrevistado como *suporte, base*, para que se estabeleça o vínculo, acena com a possibilidade de mudança nas práticas, de novas configurações do agir em saúde. Configurações que, segundo Guizard & Pinheiro (2004) são construídas através do vínculo imanentes aos circuitos da dádiva, que se inicia no diálogo e se encaminha para a mutuamente responsabilização pela produção da saúde.

A atitude assumida diante do usuário por esse trabalhador corresponde à forma singular do mesmo em dar sentido ao seu próprio trabalho. Percebemos uma postura que pode ser transformada em processo educativo, aprendizado para os outros trabalhadores da equipe

sobre novas formas de produzir e promover o cuidado. O refletir e o aprender em torno do próprio fazer na relação com outros colegas de trabalho e com os sujeitos do cuidado é um pressuposto da estratégia Educação Permanente em Saúde.

A referência a esse depoimento exemplifica o que a maioria dos trabalhadores expressa sobre a relação trabalhador/usuário, ou seja, entre eles, através da prática de saúde no PSF, criam-se vínculos e responsabilização. Outro trabalhador, citado abaixo, também reproduz essa situação de vínculo:

Como moramos na área, a população conhece a gente, confia, então entramos na casa mesmo, eles se abrem, abrem as portas, é um dialogo mesmo: “bom dia, posso entrar, como vão as coisas, e seu marido e seu filho (Agente Comunitário de Saúde)”.

Apesar de reconhecer os avanços da proposta do PSF com base em seus objetivos, alguns dos trabalhadores começam a sinalizar que existem alguns entraves que ocorrem na práxis. Para ilustrar, vejamos as afirmações a seguir:

Os objetivos são bem colocados no papel, a promoção à saúde, a gente trabalha também a prevenção. Na verdade, na prática, acaba que a gente tem certa dificuldade em trabalhar a promoção. A prevenção a gente ainda trabalha, mas a promoção é mais difícil (Auxiliar de Enfermagem).

É um programa que está sendo revisto, estudado, porque na teoria é uma coisa e na prática é outra. Mas é um programa muito bom, porque você tem a oportunidade de conhecer as pessoas, de conhecer a comunidade. Muitas vezes, a pessoa chega aqui e fala que tem isso ou está sentindo aquilo, e nós temos a possibilidade de saber da situação toda, social, econômica que aquela pessoa vive que influencia na saúde dela (Agente Comunitário de Saúde).

Além das dificuldades relatadas acima, é apontada a questão da formação para o processo de trabalho. Uma das entrevistadas reconhece a importância do PSF, considerando-o como a solução para a saúde, porém destaca que os profissionais possivelmente não estariam preparados para esse tipo de trabalho, já que na formação dos médicos, há uma carência na área *preventiva*. Para ilustrar, vejamos o depoimento abaixo:

Os problemas são básicos, são primários, e é bem diferente do que se tem nos hospitais e a nossa formação é mais voltada para o nível hospitalar, a internação. A preventiva nossa... Se não é a residência em PSF... Eu acho que a grande solução para saúde é o PSF, o conhecer o dia-a-dia do paciente. Estamos acostumados ao hospital. O dia-a-dia do PSF é mais complicado (Médica).

A questão exposta pela médica quando diz que *estamos acostumadas ao hospital* relaciona-se uma das principais dificuldades, segundo Campos & Belisário (2001), à consecução dos objetivos em se reestruturar o modelo assistencial, propiciando a atenção básica resolutiva e oportuna. Segundo estes autores, as práticas e a formação dos profissionais de saúde, inseridas no paradigma flexneriano-cuja análise procedemos no Capítulo I-privilegiam a abordagem individual, curativa e centrada no hospital. A partir de uma visão limitada do processo de saúde como um todo, torna os trabalhadores incapazes de transcender o espaço do consultório médico e propor diagnóstico e intervenções sobre o coletivo, numa abordagem integralizadora.

Além destas dificuldades citadas em relação à concretização dos objetivos do programa, também estão presentes aquelas relacionadas à compreensão por parte dos usuários sobre os objetivos a que se propõe o PSF. Segundo os entrevistados uma parte dos usuários parece não compreender o sentido e os objetivos do Programa, concebendo-o meramente como espaço para marcar consultas:

O objetivo do saúde da família é a promoção da saúde. Algumas pessoas não entendem ainda e acham que o PSF é pra marcar consulta, e a parte curativa, e não é. A parte principal é a promoção da saúde, é prevenir antes de adoecer, então o objetivo principal é esse. Ir às casas, orientar em todos os aspectos, começando pela criança, que fica descalça e ali pode ter uma verminose ou alguma coisa assim, sobre a dengue, sobre tudo isso. E tem a parte também curativa, quando precisa, tem o médico, mas o principal é a promoção da saúde (Agente Comunitário de Saúde).

Os próprios trabalhadores parecem oscilar entre atender o que está proposto para o PSF e superar o vivido na unidade de saúde. Permeiam as falas dos entrevistados as dificuldades em atender aos objetivos do PSF. As falas seguintes explicitam:

Ontem, estávamos conversando e falando que gostaríamos de sair mais, de ir às casas, mas a cobrança ainda é muito grande por consultas, por exames, procedimentos. Às vezes, você gasta meia hora, uma hora numa visita, mas não é tempo perdido, pelo contrário, vale muito mais que muita consulta e muito atendimento, então, eu gostaria de fazer isso. Temos que ultrapassar mais essas barreiras, fazer mais promoção de saúde, mais prevenção. Ainda estamos muito presas aqui dentro (Enfermeira).

[...] falta tempo para outras atividades. A minha média por dia é de vinte consultas (Médica).

E reforço a questão do tempo, a nossa reunião é de uma hora, porque a médica sempre quer estar presente, e deixar o atendimento é complicado, e tem a cobrança que eu falei (Enfermeira).

Expressam um conflito entre realizar as atividades propostas pelo Programa - *gostaríamos de sair mais, de ir às casas e fazer mais promoção*, e a cobrança da população pelo atendimento dentro do modelo tradicional. O vivido parece ser a priorização das atividades curativas pelos médicos e enfermeiros.

Uma reflexão junto à equipe de trabalhadores e entre os mesmos e a população usuária, pode ser um ponto chave para iniciar um diálogo que explicita dificuldades existentes e as formas possíveis de superação. O aprofundamento e a sistematização desse processo reflexivo e dialógico entre as equipes de saúde e a população podem ser oportunizados através do processo educativo, conforme proposto pela EPS, propiciando a exposição das contradições e a produção de saberes que possibilitam encontrar formas de superação de impasses e limites.

O depoimento de um dos entrevistados a seguir revela o indício de que o processo reflexivo e dialógico já está presente nas unidades de saúde:

E trabalhamos sempre a questão da problematização, que a gente aprendeu desde a faculdade, que temos que trabalhar e muito com a comunidade,

porque se chegarmos com um discurso pronto, eles podem até ficar aqui sentados, mas quando vão embora... É interativo, a comunidade questiona, nós procuramos responder e fazer o que eles querem (Enfermeira).

Apesar dos empecilhos, enumerados anteriormente, no que concerne a uma maior dedicação às atividades preventivas e promocionais, estas são mencionadas como ocorrendo no cotidiano dessas unidades de saúde. Os trabalhadores afirmam que:

[...] acompanhamos crianças que não estão doentes, vê como que está a saúde das crianças, se estão desenvolvendo de acordo com a idade. Cuidamos da prevenção na saúde da mulher, prevenção de câncer de colo uterino, de câncer de mama. Trabalhamos muito com grupos educativos, grupos de mulheres, de adolescentes, de gestantes, de hipertensos, de diabéticos. Só que temos também a parte curativa, não tem como fugir disso, se percebemos algum problema, temos que tentar resolver. E acho que a enfermagem está muito ligada também na parte de prevenção. A médica sempre fala que temos que ficar mais atentas a exames de prevenção para que a gente consiga casar perfeitamente isso (Enfermeira).

Segundo o depoimento acima, algumas atividades concentram-se dentro da unidade e são sobretudo procedimentos e atividades individuais. Todavia, são mencionadas também atividades coletivas, preventivas e educativas em visitas domiciliares, conforme relatam a médica e o agente comunitário abaixo:

[...] eu faço visita domiciliar, seis visitas, àqueles pacientes que não têm como vir à unidade, uma mãe que acabou de ganhar nenê, um idoso, um diabético com dificuldade de locomover, uma mãe com muitos filhos, a gente vai, são visitas pré-agendadas pelo agente de saúde. Faço à tarde de atendimento normal, duas urgências e seis consultas. Na quinta-feira pela manhã tem o grupo aberto pra quem quiser participar de diabéticos e hipertensos [...] (Médica).

Tentamos ver todos os ângulos, a visita não tem objetivo único, é ver o todo, se na casa tem hipertenso, vou orientar aquele hipertenso. Se tiver criança, vou ver se está amamentando, se tem que vacinar, como está a higiene. Perguntar pelo marido que está trabalhando, e como estão as crianças, orientar na higiene, na escovação. Eu costumo trabalhar os temas por mês, esse mês estou falando muito da dengue. Janeiro é um mês bom de trabalhar, porque as crianças estão de férias em casa. E depende muito da casa, de qual assunto precisa. Convido pra uma reunião (Agente Comunitário de Saúde).

A prática das equipes do PSF é revelada quando os trabalhadores mencionam as várias atividades de saúde. Segundo os depoimentos acima, as atividades realizadas nas unidades de

saúde parecem se concentrar na oferta organizada de serviços básicos, tais como: ações de educação sanitária, dirigidas a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e idosos. Seguem o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) quanto às ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, que incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle da desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos, que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção.

É importante ressaltar que de forma geral as atividades desenvolvidas parecem seguir os programas pré-determinados pelo Ministério da Saúde e pela SMS e não são programadas a partir do conhecimento das características das populações. Nos depoimentos dos trabalhadores acima referidos, percebemos que a maioria das atividades de saúde gravita em torno da noção de doença. Embora algumas atividades associadas ao *bem-estar* também ocorram. Vejamos o que expressam os entrevistados em torno dessa questão:

Aqui temos atividades com crianças com datas comemorativas. Nós temos parceria com os órgãos sociais, com empresas, temos parceira com a pastoral porque a gente sabe que ela também é um líder e sai de casa em casa [...] (Enfermeira).

Nós temos um grupo de caminhada com os hipertensos, caminhamos uma hora, já há alguns anos [...] (Agente Comunitário de Saúde).

Todos os entrevistados fizeram referências à presença de problemas sociais no território. A maioria não os correlacionou às condições de saúde da população e a forma de intervenção esperada pelo programa. Citaram a falta de conhecimento sobre o assunto nos cursos de graduação, como está expresso pela entrevistada:

Temos muitos problemas sociais e muitas vezes não está ao nosso alcance, são estruturais. [...] E não vemos isso no curso superior, principalmente no que se diz respeito a problema social, e também financeiro, geográfico. Aqui estamos muito distantes de tudo (Enfermeira).

Tavares (1998) faz uma crítica as Escolas de Formação dos trabalhadores, que não os prepara para as peculiaridades do trabalho em saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS). A autora diagnostica uma ausência na formação em relação às estratégias para lidar não só com a problemática saúde / doença, mas também com seus determinantes.

Os problemas sociais foram citados como fora do alcance dos trabalhadores de saúde. A intervenção em problemas sociais não foi relacionada às ações de promoção da saúde. Outras dificuldades estão explicitadas na fala do entrevistado:

O que causa muita angústia são muitas vezes problemas sociais. O programa saúde da família é mais social do que qualquer outra coisa, e a gente resolver isso é complicado. Aliás, nessa região o que temos de problemas sociais, que interferem na saúde inclusive... Entre os pacientes 70% que vêm aqui têm filhos drogados, mãe presa, filhos presos, eles estão doentes, passam mal, sentem mal-estar, chegam a internar mesmo com depressão. Essa semana teve uma mãe, que tem problema mental, vinha com a criança aqui todo dia, a criança toda assadinha, toda doentinha, e veio a juíza, o conselho tutelar e levou a criança; então a mãe chegou aqui e perguntou o que fazia, eu respondi que não sabia o que ela poderia fazer, e ela estava chorando, com o peito cheio de leite (Médica).

É válido ressaltar que não cabe aos profissionais dos serviços de saúde, resolver problemas sociais, que fogem da governabilidade da área da saúde. Todavia, promover a saúde da população, responsabilizar-se pela integralidade do atendimento aos usuários, inclui responder a questões presentes no território que afetam a saúde. A intersetoridade está incluída entre os princípios do Sistema Único de Saúde, mas não foi explicitada nas falas a possibilidade de encaminhamento dos usuários a outros setores da própria Prefeitura Municipal de Saúde ou a outras instituições.

O Agente Comunitário de Saúde, através da visita domiciliar, está presente no cotidiano dos lares e vivencia os problemas específicos de saúde e os de cunho social que interferem nesta. Entretanto, a atribuição de atuar na questão social transcende à sua formação profissional e os

treinamentos que lhes são oferecidos. A complexidade do que foi apresentado na fala dos entrevistados, em relação a problemas sociais existentes nas áreas atendidas pelo PSF, exige ações a serem desenvolvidas por uma variedade de profissionais, dentro de equipe multiprofissional.

Reafirmando o que dissemos acima que é preciso considerar que a intersectorialidade é estratégia do PSF, ao lado da multidisciplinariedade e participação comunitária. Cabe ao SUS e ao PSF garantir que essas estratégias se consolidem na prática de forma planejada e que as várias áreas das políticas públicas, inclusive a da assistência social, integrem-se de forma planejada e contínua para responder as demandas da população.

Por outro lado, as questões sociais presentes no território podem ser vistas a partir de um enfoque de *empoderamento*. Faleiros (2005) analisa que o *emponderamento* está em função da mudança de relações entre os indivíduos na sociedade, objetivando a autonomia e a cidadania. O autor recorre à categoria mediação para relacionar a historicidade e a cotidianidade na trama das relações sociais. Os profissionais podem, a partir das análises sobre o vivido, construir com o usuário uma ampliação para seu contexto social, valorizar o ponto de vista dos sujeitos, o mundo projetado e não concretizado, evidenciar questões do tipo relação com o trabalho, desemprego, modos de vida, visão política e outras; como deve se fortalecer para enfrentar e confrontar o mundo social que está a sua volta. Enfrentamento, inclusive na intenção de buscar os recursos necessários a sua ultrapassagem. Essa possibilidade de ação conjunta deve ser pensada e almejada em equipe de trabalhadores e população e remeter, principalmente, para as ações coletivas na direção da participação social.

Uma questão muito presente nas falas, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) diz respeito ao atendimento à demanda programada no PSF. Entre as diretrizes desse programa, está a delimitação do território de responsabilização das equipes e a adscrição da clientela, que se traduz na vinculação de uma população a uma unidade de saúde, a partir do estabelecimento de uma base territorial. Essa estratégia permite delinear a realidade de saúde localmente presente, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população (MENDES, 1993).

No entanto, Franco & Merhy (2003) apontam uma incoerência no PSF, que adota como diretriz o vínculo e a adscrição da clientela em determinado território, propõe-se a ser a porta de entrada ao serviço de saúde, e, ao mesmo tempo, não dispõe de uma equipe mínima para atendimento da demanda, a não ser a programada. Com isso, evidencia-se certa tensão entre os conceitos e princípios do SUS de universalidade, adscrição e demanda. O relato dos trabalhadores evidencia que essas mesmas dificuldades, analisadas pelos autores, ocorrem nessas unidades.

Agendo consultas, notifico o médico da clínica geral. Não há muito que se fazer, já que os pacientes são atendidos pela ordem em que os exames são agendados. Há uma seqüência longa na qual eu não posso interferir. O que gera certa irritação no paciente e também gera reclamações. Mas eu tento explicar como funciona o sistema de atendimento e aí há os que entendem e os que não (Agente Comunitário de Saúde).

A comunidade também está vivendo um momento de transição, eu aceito o saúde da família ou eu quero o centro de saúde de volta? [...] Aqui, trabalhamos com consultas agendadas, não é livre demanda, e a comunidade fala, mas se eu for ao centro de saúde serei atendido, aqui não temos vagas, a médica tem dia que atende um monte, e a comunidade que não consegue atendimento no dia seguinte não aceita o agente em casa (Enfermeira).

Há o reconhecimento, por parte dos trabalhadores, de que o PSF despertou na população novas exigências. O Programa trouxe, mesmo que de forma não satisfatória para os usuários, que reclamam do não atendimento a consultas, uma possibilidade de acesso à assistência.

Aproximou as famílias do território das equipes de saúde e assim criou condições para serem ouvidas. Os entrevistados apontam uma nova postura da população que surge por conta dessa nova situação:

Em seis anos muita coisa mudou e a população está exigindo mais do que antes. E tem que fazer alguma coisa, apoiar, senão não dá conta (Técnico de Enfermagem).

E há a grande cobrança da população, ainda que seja uma cobrança sem razão. Porque o PSF veio? Veio. Isso é bom? É, é muito bom. Mas quando nós começamos havia mais respeito. Não havia o abuso que hoje se vê devido à facilidade que o programa oferece (Agente Comunitário de Saúde).

Examinemos melhor essas questões relatadas pelos trabalhadores de saúde, concernentes a demandas por consultas e procedimentos, considerando o aspecto instaurador de necessidades da produção de serviços.

Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000) afirmam que a demanda está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial, uma busca ativa por intervenção que representa consumo, no caso dos serviços. Ao pensar em necessidades de saúde, imediatamente lembramos da assistência e a imagem mais evidente é o consumo de cuidados médicos.

Para Mendes-Gonçalves (2000), o indivíduo que se sente doente, ou em sofrimento, percebe que existe correção para seu problema, meios de fazê-lo, antevendo a solução - onde a viu eficaz para outros na sociedade - define qual tipo de serviço irá procurar e que modalidade de assistência. A resposta à necessidade será um *contexto instaurador de necessidades* em uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta de serviços e o seu consumo. Os benefícios e o aprimoramento de tecnologia anterior e os benefícios que daí advém, instaura necessidades por novos consumos, reiteram um cardápio de necessidades na sociedade e de seu consumo sistemático por meios tecnológicos e de organização dos serviços. Embora

determinadas necessidades não sejam de todos, podem ser mostradas como se o fossem, em função de uma manipulação ideológica e política.

As demandas instauradas serão respondidas apenas para um segmento da população, o que resulta na interdição política de diferentes sujeitos nesses processos. A essa interdição outra-ética- se junta a que é uma interdição ao diálogo crítico. A voz excluída quase sempre pertence aos sujeitos tidos como tecnicamente inaptos para falarem, o que invalida seus pronunciamentos. As necessidades apresentar-se-ão como algo que se coloca por sobre os indivíduos e não partindo deles, e este processo tornam os sujeitos alienados, suas necessidades coisificadas (MENDES-GONÇALVES, 2000).

Por outro lado, a estratificação de necessidades pode resultar em organização dos serviços que satisfaça as necessidades conhecidas a cada nível, e indo além, para conhecer outras necessidades. Nesse caso, trata-se de criar espaços de emergência de necessidades de saúde que devem evitar a redução dessas à processos fisiopatológicos, ir a busca por assistências totalizadoras do cuidado e instituir a dimensão subjetiva das práticas de saúde, o lado humano nas ações técnicas (MENDES-GONÇALVES, 2000).

A partir dessas análises, podemos levantar a questão, qual seja, se a prática de saúde presente do PSF tem conseguido responder aos problemas de saúde existentes no território. Para os trabalhadores entrevistados, a proposta de modelo, priorizando ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, é adequada (consideraram positivamente os objetivos do Programa).

Poderíamos partir do pressuposto, então, que a proposta do PSF não está sendo compreendida em seu cerne pela população, já que a mesma reclama por mais consulta. Não obstante, as consultas e outros procedimentos parecem muitos presentes nas unidades, pois os entrevistados indicam que há uma dedicação a essas, o que impede (por falta de tempo) aos profissionais, médico e enfermeiro, que se dediquem a outras atividades, ligadas à promoção e à prevenção da saúde.

Se considerarmos as análises de Mendes-Gonçalves (2000) poderíamos pressupor que as necessidades atendidas apresentam-se como algo que se coloca por sobre os indivíduos e não partindo deles. Mas por outro lado, é possível considerar como Motta (1995) que *Cuidados médicos* sempre foi algo no imaginário social, revestido do mais puro *cientificismo*, que marca a eficiência/segurança ao cuidado prestado. Por outro lado, as atividades voltadas para prevenção, ocupam um lugar secundário por não trazerem visibilidade no seu caráter científico.

Outro aspecto importante dessa questão refere-se à complexidade de tecnologias no imaginário social, que é associada à possibilidade de uma atenção de melhor qualidade e resolutibilidade. Assim, a demanda pelo consumo de altas tecnologias se impõe para qualquer nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, o que se cobra enquanto consumo é a possibilidade do acesso a grandes tecnologias, pois são essas que, nesse imaginário, dão garantia de resolução aos problemas colocados pela população.

A forma como são respondidas essas questões entre as equipes de saúde do PSF, na análise de Franco & Merhy (2003), tem sido a adoção de três tipos de ações. Na primeira são ignoradas as prescrições do Programa e mantida a lógica atual. Na segunda são aceitas as prescrições,

recapitulados os objetivos, porém mantido o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com os procedimentos. Na terceira são ignoradas as prescrições e há uma dedicação para, criativamente, intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida.

Outra análise propiciada por essa problemática refere-se à materialização de uma política de saúde em defesa da vida, que é um direito de cidadania na saúde. Embora, como analisa Cohn et al. (1991), não haja compreensão correta por parte das pessoas, acerca dos seus direitos e o *saber* de que se dispõe é muitas vezes incompleto e deformado pela experiência da oferta institucional, isto não significa que a população seja destituída de critérios claros a respeito de suas necessidades. O direito à vida e à saúde inclui responder aos agravos impostos à última, não importa onde obterão respostas as suas necessidades, em que serviço de saúde, em que nível do sistema, mas se obterão a resposta almejada.

Ao implantar a unidade de Saúde da Família em determinado território e adentrar pelas casas dos moradores, o sistema de saúde traz a possibilidade de responder a demanda existente e aumenta seu compromisso com a população. Caso não haja a possibilidade de responder a todas às demandas, cabe aos trabalhadores um trabalho educativo ao lado da população, traduzindo como se configura o sistema e promovendo uma visão crítica sobre o mesmo, propiciando que analisem a demanda que apresentam como legítima ou como atilamento à cultura da medicalização. Além disso, cabe aos mesmos a responsabilização, não só pelo cuidado enquanto aspecto curativo e preventivo, mas, sobretudo o cuidado, que se propõe contribuir para a promoção de sujeitos sociais que participam na construção do novo modelo, mais adequado e eficaz na resolução das necessidades dos usuários.

É importante considerar, como o fazem Franco & Merhy (2003), que o acolhimento pressupõe o atendimento às necessidades de saúde, isto é, o atendimento à população na imprevisibilidade da doença. Embora, o PSF seja a porta de entrada do sistema, o esquema de atendimento não consegue criar essa agenda, o que pode levar à baixa credibilidade do programa. Não ocorrendo o atendimento necessário à saúde da população, tensionam-se as relações entre esta e a equipe do programa.

Continuando a análise sobre o atendimento à demanda da população por serviços de saúde, outro aspecto presente nas falas dos entrevistados são os entraves no que diz respeito à referência de pacientes a outros níveis de especialização do sistema de saúde. Vejamos o que dizem os trabalhadores de saúde:

[...] eu acho que suportes [...] eu havia falado anteriormente em diarreia, problemas respiratórios, mas com encaminhamentos, temos dificuldade para marcar, como oftalmologista, que são poucas as consultas. A nossa dificuldade é a partir do momento que precisamos de especialistas (Técnico de enfermagem).

E, principalmente, nós que somos afastados geograficamente, estamos muito longe da secretaria de saúde, por mais que o acesso seja facilitado, têm problemas com as especialidades, precisa de um cardiologista aqui e vou tentar marcar, e só consigo pra daqui a três, quatro meses (Médica).

Para analisar a oferta e a demanda de serviços de saúde, é preciso considerar em primeiro lugar que a Constituição Federal consubstancia como um dos preceitos o acesso às ações e serviços de saúde em caráter universal e equânime, sendo a saúde um bem público e, portanto, direito de cidadania a ser assegurado pelo Estado (Art. 196). Segundo Dever (1988), a acessibilidade depende da disponibilidade e das características dos recursos, que agem como facilitadores ou como obstáculos ao seu uso pela população. Embora caiba ao Estado garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde, a efetiva utilização pela população se fará pelo confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a forma como a demanda está conformada para ser atendida.

No Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Referência coloca-se enquanto instrumento de articulação apropriada entre os diferentes níveis de atenção existentes no sistema, possibilitando encaminhamento e transferência de pacientes, intercâmbio de informação sobre vários recursos existentes e apoio técnico-administrativo para o funcionamento adequado do conjunto dos níveis (MENDES, 1993).

A noção de cuidados progressivos aos pacientes - constituindo-se em procedimentos formais - que ocorrem pela parcialização de cuidado médico em especialidades, pressupõe encaminhamento numa rede articulada e integrada, complementando nos diversos níveis do sistema, o cuidado, dando continuidade e abrangência à atenção. A hierarquização, um dos princípios organizativos do SUS, pressupõe a centralização das unidades mais complexas e a descentralização da atenção mais simples de forma que o conjunto da população tenha acesso a todas as ações básicas. O sistema é organizado através de sistemas de referência e contra-referência de pacientes, mecanismo que viabiliza a complementaridade do cuidado médico (MENDES, 1993). A porta de entrada, no contexto atual do SUS, está configurada para ser o PSF, como referência para a Unidade Básica de Saúde e assim sucessivamente para os níveis mais complexos.

Os trabalhadores expõem que não há atendimento à demanda referenciada, o que configura a priori uma baixa resolutividade do sistema. Pinheiro (2001) referindo-se à questão considera que essa seja uma importante contradição da consolidação do SUS, que em certa medida, limita o alcance efetivo das reformas propostas. Os trabalhadores assinalam as dificuldades de acesso aos serviços especializados explicitando que, embora se mobilizem para responder a

demanda do usuário por consulta especializada, o controle está em outros níveis do sistema de saúde.

O mais difícil são as consultas especializadas, são feitas pela central, temos o auxiliar administrativo que liga uma vez por semana para agendar, nesse agendamento, às vezes, é possível ligar, outras vezes não, e às vezes vão acumulando consultas pra cardiologista, dermatologista, e a população cobra do agente, mas isso não está no nosso alcance. Outra coisa que cobram muito são os exames de vista, temos uma cota muito reduzida e a demanda é muito grande, a enfermeira faz um controle, mas é muito difícil. Há muito tempo vem acumulando, nós temos um caderno, o caderno está cheio, estamos sempre tentando absorver essas pessoas, mas é muito difícil. A demanda muito grande também é um problema da equipe, e o número de consultas é pequeno (Agente Comunitário de Saúde).

As maiores dificuldades que enfrento são aquelas que me parecem sem solução. Que estão interligadas diretamente com a necessidade de uma consulta de alto custo, ou de consultas especializadas e isso leva tempo, porque nem sempre se encontra um profissional na área (Agente Comunitário de Saúde).

Franco & Merhy (2003) acreditam que não seja possível organizar e estruturar a demanda dos serviços da Unidade Básica de Saúde, a partir exclusivamente de usuários referenciados pelas equipes do PSF. Esta forma pretende eliminar a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, o que os autores afirmam *ser uma doce ilusão*. A população irá recorrer aos serviços de saúde quando em sofrimento e angústia, e não existindo um esquema para atendê-la, irá buscar atendimento nos prontos atendimentos hospitalares.

Pinheiro (2001) considera que os instrumentos operacionais de organização da oferta e definição da demanda não são suficientes para garantir a adesão das famílias-usuárias ao programa. Ademais, acredita que a delimitação das fronteiras na prestação do cuidado seja pelo agendamento ou pela captação, pode não atender ou mesmo satisfazer a essas famílias, na busca por serviços de saúde. Nesse sentido, o PSF tende a *concorrer* com os demais serviços de maior complexidade, numa competição desigual, na qual os resultados podem restringir a sua eficácia social.

Nessa problemática, encontram-se incluídas também questões referentes às concepções e percepções sobre saúde, doença e cura, tendo por referência o modelo tradicional de assistência à saúde, que reafirma a idéia do processo saúde e doença numa visão biologizante, no qual a idéia em atender à demanda pode levar às intervenções altamente especializadas e tecnicizadas. Podemos nos perguntar, se esse modelo, que a população parece conhecer melhor - por isso o demanda e com ele se identifica, ainda que sua eficiência e eficácia social sejam limitadas - pode ser alterado para um modelo que prime pelo atendimento integral, holístico e universal.

Para Merhy (2003), o trabalho pautado no procedimento médico centrado é, ao mesmo tempo, determinado pelo uso de tecnologias duras, o que o torna custoso e pouco resolutivo, à medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade, como o centro da atenção. O autor analisa que a mudança de modelo, primordial no SUS, deve ocorrer através do acolhimento e vínculo com a população.

Fica evidenciado, nas análises do autor, que a necessidade de mudança do modelo assistencial depende não só dos trabalhadores, mas esses podem potencialmente, transformá-lo. Neste contexto, consideramos que a Educação Permanente em Saúde como ferramenta estratégica de intervenção no processo de trabalho em saúde, pode favorecer a reconstrução das práticas de saúde, em consonância com o princípio da integralidade.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem a ligação entre as demandas originadas na unidade familiar, na comunidade e nas equipes do Programa Saúde da Família. Em nossa análise, percebemos uma dupla representação dos ACS para a comunidade: ser a voz da população e, simultaneamente, a presença do Estado.

Os Agentes Comunitários de saúde sentem-se ligados a sua área de atuação, referindo-se a esta área geográfica como *minha área, meu território*; reconhecem as pessoas que ali residem como *minhas famílias*, assim como são reconhecidos pelas pessoas como *minha Agente*. O depoimento abaixo traduz essa proximidade com a comunidade.

A ligação do agente com a prevenção é fundamental, nós estamos diretamente ligados à comunidade, não que o médico e o enfermeiro não estejam, mas somos nós que, qualquer coisa que acontece, fazemos a ligação da comunidade com o médico e o enfermeiro. E como estamos todo dia na casa, as visitas são uma vez por mês em cada casa (Agente Comunitário de Saúde).

Em razão deste envolvimento com a comunidade enfrentam as críticas e as cobranças da população, quanto ao não atendimento às demandas. Segundo esse trabalhador, *ter tanta intimidade* os expõe à maiores cobranças:

Você tem a oportunidade de conhecer a vida da pessoa, às vezes, é ruim porque eles não sabem diferenciar, o nosso trabalho da pessoa. Às vezes incomoda muito, fora do horário de serviço, e, por ter tanta intimidade, a pessoa se acha no direito de te cobrar mais. Quando você fala um não, ou um depois, a pessoa acha que tem o direito de reclamar, que vou mais à casa do outro (Agente Comunitário de Saúde).

Cohn et al. (2004), confirmam em suas análises a situação vivida pelos ACS como mediadores entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo cobrados como representantes das Unidades Saúde da Família e responsabilizados pela população pelo não atendimento às demandas. Segundo estes autores, esses trabalhadores assumem um papel ambíguo, dividindo-se entre o compromisso profissional e a inserção na comunidade. Sua atuação possibilita que questões da esfera privada sejam vistas, ouvidas e expressas como manifestações plurais em um espaço comum; e trazidas para a esfera pública, contribuindo para *publicização do privado*. A análise da autora pode ser reafirmada pelo discurso do Agente Comunitário:

[...] de não saber diferenciar meu serviço da amizade daquela pessoa, que fala sua vida inteira pra mim. Eu aprendi muito na área das relações. Se você

trabalha no hospital, tem aquele contato com o paciente, mas acabou ali e ele foi embora. E nós acompanhamos no dia-a-dia, conseguimos ver a coisa andando, tendo rumo (Agente Comunitário de Saúde).

Todavia, essa visibilidade dada aos problemas da comunidade e à vida familiar não garante que essas informações se traduzam em ações da esfera estatal, e geralmente o que se observa é a manutenção de atividades de rotina, segundo um protocolo definido. Em alguns casos, segundo estes autores, esse movimento pode vir em sentido contrário ao mencionado, aumentando o poder normatizador do Estado, invadindo o público e normatizando o privado.

Na medida em que tem acesso ao cotidiano das famílias, à esfera íntima e privada das casas, os ACS podem tornar-se atores sociais privilegiados. Na perspectiva de mudança do modelo de atenção à saúde, ressaltada no início deste trabalho, os ACS surgem como agentes fundamentais para a consolidação de um processo, até então inédito, de incorporação, pelos serviços de saúde, de questões que se mantinham estranhas à lógica e à prática profissional. É imprescindível que os trabalhadores possam entender essas questões presentes no Programa Saúde da Família e contribuir em suas práticas de saúde e encaminhamento. A estratégia Educação Permanente em Saúde objetiva criar esse espaço de discussão sobre o sistema de saúde, incorporando nessa, inclusive, a participação do usuário.

No processo de trabalho, nas unidades de saúde estudadas, as visitas domiciliares são referidas como uma das atividades mais importantes realizadas pelos trabalhadores de saúde. Embora, sejam os Agentes Comunitários de Saúde que, rotineira e diariamente, visitam as famílias, os técnicos de enfermagem, os enfermeiros e os médicos também as realizam, para responder a demandas específicas ou atender a determinadas ações, previstas por programas específicos, como o Programa de Saúde Materno-Infantil e Controle de Hipertensos.

Para o Ministério da Saúde as visitas domiciliares são tidas como a base de atuação das equipes saúde da família, com a finalidade de monitorar e acompanhar as famílias e identificar necessidades e situações de risco (BRASIL, 1997). Os trabalhadores descrevem as atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares da seguinte forma:

Toda terça-feira de manhã eu saio pra visita, esse espaço já é agendado, mas elas³¹ trazem problemas que precisa ir à casa da pessoa pra resolver, então, tenho essa oportunidade, se é uma coisa que não pode vir aqui, eu vou até lá. Mas na terça-feira, vamos às casas não das pessoas que não podem vir não, vamos àquelas que acham que não estão aderindo ao PSF. As pessoas pensam que médico e enfermeiro só vão à casa de acamado, mas procuramos não fazer isso, é claro que, às vezes, precisa, mas às vezes é uma mãe que não acha importante pesar a criança, ou que a família não aderiu ao PSF. E têm os casos pré-determinados como gestantes, hipertensos. As agentes visitam cada família uma vez por mês e determinam quais precisam da minha visita, e a duração das visitas depende da necessidade. Às vezes, faço sete na terça-feira, ou só duas; por exemplo: mulher que ganhou neném tem que ser uma visita mais longa, que temos que repassar muita coisa. Ou uma casa que tem muitas pessoas, as visitas são direcionadas a família toda, não a uma só pessoa, então não é muito bem determinado. Temos muitos imprevistos (Enfermeira).

Como está referido nas falas dos ACS, as famílias podem encarar a visita domiciliar como não desejável.

Sobre a visita, já teve muitos protestos de algumas pessoas, mas como já tem muito tempo que existe o PSF, hoje é uma coisa natural pra eles. Eu também acho normal. E também a família tem o direito de falar que não aceita a visita, se você for cadastrar e a família falar que não quer. Mas acontece o contrário, têm umas famílias que você acha que nem vai querer se cadastrar por ter uma condição de vida melhor e um plano de saúde, mas querem a visita (Agente Comunitário de Saúde).

Franco & Merhy (2003, p. 106) alertam-nos para o risco da “visita domiciliar compulsória” significar uma “excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade”. O PSF pode oscilar entre o controle e a mudança, atuar no núcleo privativo da sociedade, a família em sua casa, observando, escutando, registrando, alimentando dados no sistema de informação para identificar e vigiar grupos de risco, *sem médicos e sem doentes e sem a mobilização para a satisfação de necessidades e realização dos*

³¹ Refere-se aos Agentes Comunitários de Saúde.

desejos das pessoas. Essa crítica dos autores parece adequada quando apreendemos a fala do trabalhador:

[...] têm umas pessoas que a gente tem mais intimidade, são seis anos, e têm pessoas que eu estou dentro da casa delas todo mês, e têm alguns que não dão liberdade. Aí eu falo sério com tom de brincadeira, eles sabem que estou falando sério, mas não é como se eu estivesse brigando, agora têm outros que tem que falar sério mesmo: *olha, se não fizer vai morrer, e se morrer não posso fazer mais nada*. E é repetir todo mês a mesma coisa, fazer as mesmas perguntas se está tomando o remédio, *chega até a ficar chato*, é todo mês a mesma coisa em seis anos de serviço. Têm uns que não têm jeito, que não se adaptam ao tratamento de jeito nenhum, não da forma que tem que ser feito (Técnico de Enfermagem) (grifos nossos).

Nas visitas, acontece a explicitação das diferenças dos modos de viver, de ver e conceber a vida, o mundo, enfim a diferença de valores. Diante disso, o trabalhador pode se fixar no seu modo de agir, e colocar o usuário no lugar daquele que não sabe, *que não têm jeito*-como aparece expresso na fala do trabalhador - mas pode por outro lado, haver um estranhamento, levar a uma reflexão, a busca da compreensão do outro.

Acolher a demanda do usuário expressa no espaço da casa, impõe a necessidade de agir, de certa forma, para operar o cuidado. A família e de outro lado o médico, o agente comunitário de saúde, o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro produzem ações a partir de diferenças, de como cada um está investido nesta relação. Neste encontro, pode haver uma subjugação do usuário, considerando-o como aquele que nada sabe e dependente dos que detêm o *saber* ou, ao contrário, no lugar da escuta do outro como sujeito social, que reflete, dialoga e produz um saber novo, compartilhado entre usuário e trabalhador.

Conforme salientam vários autores mobilizados na revisão da literatura, entre eles, Franco & Merhy (2003) a questão do vínculo ocupa uma posição fundamental na reorientação do modelo assistencial, direcionando para um maior compromisso, tanto por parte dos profissionais como dos pacientes. O Programa Saúde da Família enfoca o aspecto da

construção do vínculo, através do qual a prática deixa de ser algo estritamente técnico, com um objetivo pontual e a finalidade de controle, para ser transformada em relação, um plano de imanências de potências criativas de ações de saúde. A construção do vínculo entre trabalhador e usuário e do acolhimento deste, podem ser reconhecidos nas falas dos trabalhadores. Senão vejamos:

Igual Doutor X. Ele conhece as pessoas e existe aquele elo. O pessoal diz: Hei Doutor X, e ele sabe quem é a pessoa. Inclusive quando a gente fala o doutor Doutor X vai consultar todo mundo ficava satisfeito. Igual a médica A quando o paciente já chega e a gente vai falar, Doutora é fulano assim, assim... Ela já sabe e identifica até o problema de cada um, o que a ajuda a fazer determinado diagnóstico (Técnico de Enfermagem).

Tem muita gente que procura o serviço não por estar doente, a médica fala aqui que a comunidade está pedindo consulta, porque são pessoas fragilizadas, numa posição inferior, estigmatizadas, então, às vezes procura o médico ou o enfermeiro atrás de acolhimento, de escuta. Então, aqui a gente faz a terapia, começamos nós mesmos, cada um ensinando alguma coisa, é o lugar que a pessoa vem toda semana e conversa, distrai; tem até uma pessoa que vem que ela gosta de vir, ela tem deficiência, é trazido na cadeira de rodas, o agente que vai buscar, não tem família. É o agente que vai lá e busca e ela fica esperando (Enfermeira).

No depoimento acima é possível observar as representações que o trabalhador tem do usuário quando a enfermeira avalia que o sofrimento do usuário não é real, faz parte de sua fantasia, uma invenção para conseguir ser ouvido. Esse conhecimento sobre as representações possibilita refletir a relação entre trabalhadores e usuários para tentar transformar os serviços em espaços de construção de sujeitos autônomos e criativos. E novamente surge o processo educativo como um dispositivo para propiciar uma reflexão crítica e a concretização de uma outra relação em saúde, em que a troca se torna possível e o lugar do outro saber técnico científico é permeado e constituído pela experiência e pelos saberes do usuário (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004).

O PSF pode seguir essa direção, como um dispositivo que se volte mais intensamente para as combinações tecnológicas - leves e leves duras - considerando a definição de Merhy (2002),

visto que o perfil do trabalho está voltado para a escuta, criação do vínculo, reconhecimento das necessidades do outro, estabelecimento de espaços intercessores em relação ao usuário. O vínculo deve ser ressaltado como um eixo norteador do trabalho do PSF, embora seja entendido pelos entrevistados como um processo que demanda tempo e dedicação.

É preciso ainda considerar que, trabalhar com a família através de visitas domiciliares, por si só, não implica necessariamente mudança no modelo de assistência à saúde da população. Atender o paciente, ou ir até à família na residência, por si só, não garante que com essa ação não se esteja centrando no modelo médico curativo, das prescrições, do procedimento. O modelo tradicional persiste onde se usa do poder autoritário de um saber imputado na profissão, para vigiar e dirigir a vida dos usuários, de cobrar com a alegação de prescrições para a saúde, considerando-os incapazes de agirem a seu favor a não ser compulsoriamente. Esse modelo é rompido quando se realiza o cuidado no ato de saúde, cujo saber do trabalhador dialoga com o do paciente, há o encontro entre trabalhadores e população, enquanto sujeitos sociais, assim a autonomia é promovida.

Franco & Merhy (2003) falam-nos sobre a necessidade de novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como no terreno da ética, que passa pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento, pautados pela solidariedade, cidadania e humanização da assistência.

Uma outra questão que emerge está ligada à relação entre trabalhadores e usuários em que essa aparece como instrumental para que a população ou os usuários sejam levados à consecução de um objetivo que seria apenas do serviço de saúde. Na fala do entrevistado está explícita esta situação:

Tem também o grupo das gestantes, que precisamos aumentar o tempo de amamentação das crianças, melhorar, não tinha no início uma adesão muito grande, então começamos a fazer o chá da gestante, cada uma traz uma coisa, e arrumamos a mesa e fazemos um lanche [...]. O grupo de planejamento familiar era durante o dia, não tinha muita adesão, e resolvemos adaptar nosso horário ao da comunidade. A gente sabe que o saúde da família tem que flexibilizar o horário. Eu penso que a importância vem daí (Enfermeira).

Em outros termos, a enfermeira, tendo em vista a saúde da população, reconhece que é preciso criar mecanismos que a motivem a participar das atividades do PSF. Assim, *procuramos responder, fazer o que eles querem* no sentido de flexibilizar o horário, promover lanche. Todavia, parece sugerir, na sua fala, que ainda está valendo a pseudo-participação, apenas a fala de quem sabe para quem deve aprender e seguir, sem questionamentos sobre o *saber*.

O objetivo da educação dialógica não é apenas o de informar para saúde, mas sobretudo o de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico científico, detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Em um modelo dialógico e participativo, todos, trabalhadores e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. Na fala do trabalhador de saúde a seguir, percebemos a dificuldade que o mesmo expressa em compreender que embora sejam diferentes, não é necessário que o mesmo se posicione como tal para dialogar com o usuário.

Olha, na realidade acontece com a comunidade em si, porque lidar com gente, com pessoas, você tem que se adaptar ao sistema delas, porque mostrar o seu mundo a elas é difícil. Você tem que se aliar a elas, porque quando você ganha a confiança da comunidade, aos poucos, você vai conquistando, e até mesmo foi o que aconteceu na mudança do sistema antigo que era curativo para hoje que é de promoção e prevenção de saúde (Enfermeira).

Dialogar pressupõe um desnudamento de ambas as partes para o encontro no que é o desejo de ambos, no caso, responder às necessidades de saúde. Imersos neste cenário, os trabalhadores são capazes de analisar a situação que os cerca em suas rotinas de intervenção.

Não sei se é porque é novo, mas eu vejo que ainda muitas pessoas não conseguem entender qual é realmente o sentido do PSF. [...] Ainda é um processo, tem quem entende e quem não entende ainda. É necessário conscientizar do que é o programa, do que é a estratégia, qual é o nosso verdadeiro papel (Enfermeira).

As falas dos trabalhadores aproximam-se das conclusões de Cecílio (1997) que argumenta a existência de certa visão *purista* das unidades básicas, como local de promoção e prevenção das doenças, dedicadas a fazer *vigilância em saúde*; até uma visão mais *realista* de que as unidades básicas têm que se comprometer com o atendimento das necessidades de pronto-atendimento das pessoas, organizando *seus processos de trabalho* de forma a *não deixar ninguém sem atendimento*.

Franco & Merhy (2003), ao analisar o PSF, consideram que esse programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, não atua de modo amplo nos micro-processos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. A inovação proposta para esse modelo, que são as visitas domiciliares, já vem sendo praticada em vários serviços, sendo até mesmo consideradas processo rotineiro em serviços assistenciais. Os autores afirmam que as dificuldades do PSF encontram-se, sobretudo nos processos de trabalho, que persistem sendo médico centrado. Além disso analisam que falta um esquema para atender a demanda espontânea que do ponto de vista do usuário é uma prioridade.

Merhy (2002) enfatiza que todo o profissional de saúde, independente do papel que desempenha, é um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria

ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico da tecnologia leve, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos.

A fala a seguir demonstra que existe certo entendimento entre os trabalhadores sobre a importância do acolhimento no setor da saúde, ultrapassando a ideologia do atendimento *tradicional*. Apesar disso, os profissionais reconhecem que ainda é preciso aprimorar-se nesse aspecto.

[...] outros problemas que acontecem é relacionamento na equipe, nossa equipe tem um relacionamento muito bom, mas o agente comunitário, eu acho, que é a grande chave do saúde da família, o grande elo, onde tem bons agentes e o médico tem perfil de saúde da família, o programa funciona, independente de outras coisas, até se é bem equipado. Bom agentes que sabem fazer acolhimento, que orientam o paciente, onde tem isso funciona. E esse é o grande problema nosso e da maioria dos PSFs (Médica).

Todavia, não se pode deixar de se considerar que o processo de trabalho, nas unidades estudadas, apesar das restrições detectadas pelos profissionais, pode representar o início de um processo de mudança no modelo centrado no indivíduo. Por mais que médicos e enfermeiros tenham suas atividades centradas, sobretudo em consultas e procedimentos, considerando o trabalho da unidade como um todo, parece existir, em parte, integração entre as atividades preventivas e curativas, as quais possibilitariam certa ruptura na dicotomia - indivíduo versus coletivo.

Percebemos, ainda, o envolvimento e interesse por parte dos trabalhadores de saúde das unidades investigadas nas atividades que desenvolvem junto aos usuários. Uma união do conhecimento, do fazer técnico com o afetivo, o emocional que surge ao se depararem com a situação de pobreza e desamparo dos usuários.

O PSF inserindo-se na comunidade, nos domicílios, permite que o contato dos trabalhadores com o usuário/sujeito concreto, com a luta cotidiana dos usuários e sensibilizados, podem junto com eles, refletir sobre as causas dos problemas sociais, problematizarem a realidade, fazer surgir o ato criativo transformador. Vale ressaltar que, nesse espaço de atuação profissional, alguns discursos dos trabalhadores pressupõem mudanças, transformação, busca por uma prática em saúde que aproxime os usuários, que torne as unidades não só lugares próximos em termos de paisagem, mas de acolhimento, de convivência próxima e permanente com a população.

A partir da análise dos pressupostos teóricos do PSF nas unidades investigadas, podemos inferir que os processos de trabalho, as práticas de saúde, a interação entre os sujeitos na prestação dos serviços de saúde ainda não alcançaram suas potencialidades em geral.

Observamos, então, a possibilidade da Educação Permanente em Saúde contribuir com o investimento de trabalhadores no estatuto de atores, com vista à emancipação, a autonomia e empoderamento. Assim caberá, dentro dessa proposta, uma aprendizagem de natureza participativa, dialógica, enfocando as características e necessidades do processo de trabalho concreto no cotidiano dos serviços de saúde, tendo o processo educativo como parte de um processo crítico do próprio trabalho, orientado para a responsabilização pelas práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

2- O trabalho em equipe

Na divisão técnica e social do trabalho, tanto o médico quanto o enfermeiro coordenam, orientam e supervisionam o pessoal de enfermagem, outros funcionários e o ambiente. Esses profissionais são considerados os detentores do saber e controladores do processo de trabalho de sua área de responsabilidade. Ademais, são os profissionais que executam procedimentos de maior complexidade. No cotidiano das unidades, observa-se um grande número de atividades administrativas, voltadas para a produtividade, estão sob a responsabilidade principalmente do enfermeiro, como o preenchimento de impressos padronizados pelo Ministério da Saúde.

O enfermeiro entrevistado expressa suas responsabilidades de coordenação, planejamento e o grande acúmulo das atividades administrativas, que o impede de se dedicar a uma assistência maior ao usuário:

O enfermeiro numa equipe tem uma sobrecarga muito grande, pois é o gerenciador do serviço do todo. [...]. E têm as reuniões que a gente avalia o trabalho. Mensalmente tem o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que a gente fecha a unidade e faz o balanço. Tem um formulário padronizado pelo ministério da saúde, cada município adequou o formulário, mas é praticamente o mesmo. E depois você faz uma reunião para planejar e discutir todas as atividades, o que dá toda aquela base, porque você discute com a equipe as necessidades, não é nada pronto. [...] Os enfermeiros além do trabalho do dia-a-dia, tem o trabalho burocrático. E acaba que você deixa um pouco a assistência e vai pra burocracia, é você que presta contas de tudo, desde a faxineira, até um aparelho que tem que ir buscar, é tudo responsabilidade do enfermeiro (Enfermeira).

A enfermeira administra, eu faço vinte procedimentos por dia, ela faz doze para ter tempo pra cuidar da parte burocrática, mas o ideal era ter uma gerência mesmo. Por que acaba que você exerce duas funções, e eu tenho que participar, não posso deixar só por conta da enfermagem essa questão de treinamento de agente, orientação, fiscalização, de repreender quando precisa, de advertir. Acho que esse é o grande problema nosso (Médica).

A profissão médica exerce controle sobre a base de conhecimento da enfermagem, e grande parte do trabalho desses profissionais é desempenhada a pedido ou sob a supervisão médica.

A tese de dominância profissional dos médicos revela que a autonomia de cada profissional está submetida à autoridade médica, sustentada pela dominação do saber e da competência.

Eu e a médica, às vezes, sentamos, estudamos os casos, com menos frequência, mas sempre a gente tem buscado fazer essa parte, estudar, trabalhar juntas mesmo (Enfermeira).

Quando chega paciente com alguma coisa que não sabemos o que é, ou como agir, geralmente a gente tem que sentar entre nós e vamos buscar o conhecimento aqui, eu sento com a médica e discuto ou sozinha (Enfermeira).

Os limites da autonomia do enfermeiro deixam-se perceber na interdependência com o médico. No cotidiano do assistir, o enfermeiro tenta ampliar esses limites, sugerindo a mudança de condutas e, de certa forma, participando das decisões terapêuticas. Isso nos faz crer que as relações no trabalho em equipe podem ser mudadas, mesmo reconhecendo a autonomia terapêutica do médico.

Não deixando de considerar os problemas anteriormente apontados, o relato a seguir aponta que, de certa forma, existe uma articulação entre a equipe.

Eu já trabalhei com outras pessoas que o diálogo só existia entre o enfermeiro, o técnico e os acadêmicos, e aqui não. Todos têm oportunidade de falar, sentamos em uma sala fechada pra conversar, temos muitos problemas, que às vezes não damos conta de resolver (Enfermeira).

Embora não se tenha deixado perceber explicitamente, nos relatos das equipes de trabalhadores das unidades de saúde, que existe um projeto assistencial comum, claro e bem definido a partir das especificidades locais, para o qual os esforços de todos se direcionam e através dos quais as conexões entre saberes e intervenções articulam-se, é possível defender a tese que aos poucos uma nova forma de agir está em construção, ou melhor, em curso.

É importante salientar a tentativa e os esforços dos profissionais entrevistados em lidar com suas dificuldades internas, criar canais de comunicação, quebrar a segmentaridades instituídas

do saber e não saber, que afastam os profissionais uns dos outros, principalmente o médico e o enfermeiro. Ao avaliar as questões que atravessam o bom relacionamento entre os trabalhadores, os trabalhadores parecem buscar formas de trabalho em equipe, a fim de otimizar a produção do cuidado, do atendimento às necessidades das famílias e da comunidade. O cotidiano das Unidades de Saúde da Família oferece muitas oportunidades para o exercício da cooperação, do acolhimento, da solidariedade, que devem ser estimuladas e promovidas.

Ceccim (2003) propõe a busca pela *ética entre disciplinar*, como um lugar do *exílio das verdades*, onde ocorre o encontro entre aquele que aprende, que entra em alteridade, “que se depara com as fragilidades de cada referência profissional para dar resposta aos problemas concretos”, sem discernir qual atuação é mais própria e privativa para dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento e cura. O relato do entrevistado reconhece o caminho do aprendizado, alcançado ao longo do tempo no trabalho em equipe, e até mesmo, o acolhimento entre os próprios trabalhadores.

Hoje, eu acho que somos uma equipe. No início, tivemos alguns problemas, tivemos a ajuda de uma psicóloga e isso nos ajudou a reintegrar a equipe. Somos dez funcionários, cada um tem seu jeito, sua religião, sua maneira de ser e começou a formar panelinhas e isso refletia de forma negativa no nosso trabalho, um ficava derrubando o outro, estávamos desfacelando. Hoje, somos amigos. Têm algumas que são mais amigas, mas somos uma equipe de novo, vivemos em harmonia, aprendemos juntas e trabalhamos pela população. Antes, no dia que tinha que vir pra cá, era ruim, ficava aquela coisa fria, estranha (Agente Comunitário de Saúde).

A análise de Merhy (2002, p. 15) sintetiza a nossa visão acerca dos trabalhadores em seus processos de trabalho. Ressalta o autor, referindo-se aos trabalhadores de saúde, que são “em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações, que se permitem agir, protagonizando processos novos como força de mudança”, mas ao mesmo tempo,

“reprodutores de situações dadas”, que podem fazer diferente de outros, o que já está estabelecido.

3- Processo educativo nas unidades do Programa Saúde da Família

O trabalhador de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. O conhecimento, enquanto elemento importante nessa mobilização, leva-os a buscar a aprendizagem nas suas práticas de saúde e também a legitimar espaços fora da unidade na construção desses processos. Nas instituições de saúde, os níveis centrais, tanto municipal, estadual ou Ministério da Saúde, visando o desenvolvimento profissional dos trabalhadores e da assistência à saúde da população, oferecem uma série de atividades genericamente denominada de capacitação, treinamentos ou cursos. Essas atividades envolvem desde a capacitação emergencial, pontual, até processos de formação mais estruturados e contínuos.

Discutiremos as questões educativas e o seu tratamento nas unidades de saúde do PSF, tecendo a crítica aos modelos técnicos e instrumentais utilizados, tendo como referência a proposta de Educação Permanente em Saúde. Em outros termos, levamos em conta que o processo educativo deva ser recortado a partir da realidade das práticas concretas de saúde, buscando a interação com as exigências do trabalho.

Identificamos algumas características específicas do processo educativo, que ficaram evidentes nos depoimentos dos entrevistados e que permitem certa organização da análise em relação aos agentes - o trabalhador ou instituição envolvida e a necessidade geradora do processo educativo. Também refletiremos sobre a temática, indicando a maneira de pensar e agir na qual o agente deseja interferir e por referência ao sujeito - sua participação no

planejamento dos temas. Serão analisadas, ainda, as características relacionadas aos meios e instrumentos de trabalho – o espaço físico, onde os processos educativos ocorrem, o recurso didático enquanto prática reiterativa ou transformadora, a frequência dos encontros e a concepção de educação em saúde. Cabe ressaltar que não nos ativemos exclusivamente a essas, uma vez que outras questões interessantes ao estudo também foram expressas por alguns trabalhadores.

3.1-O saber existente, construído a partir da prática

Parece existir um consenso entre os trabalhadores entrevistados, de que as unidades de saúde possibilitam a criação de *espaços de formação*, espaços onde circulam as informações, a troca de conhecimentos, onde se realiza o saber da experiência, que *aprende fazendo*. Iniciamos por refletir sobre este aprendizado enfocado pelos trabalhadores e que se realiza no cotidiano em suas práticas de saúde. Os trabalhadores traduzem em suas falas a importância desse aprendizado, referindo-o como um *saber* reflexivo e prático.

Nós aprendemos muito aqui, encontramos coisas que nunca vimos na vida, às vezes, ficamos até sem saber o que fazer. Então, nós ficamos aprendendo e fazendo sozinho ainda. E, principalmente, nós que somos afastados geograficamente, estamos muito longe da secretaria de saúde, por mais que o acesso seja facilitado, [...]. E com isso, vamos aprendendo a nos virar. [...]. E têm coisas que não tem como programar. Tem que fazer agora, do jeito que eu sei, e vai aprendendo assim, aos trancos (Médica).

A fala da médica remete-nos à análise de Schraiber (1997), para quem o lado experimental da prática e o conhecimento empírico que dele advém, que denominamos de saber prático, caracteriza a experiência clínica de cada médico e é efetivamente usado como saber de referência prática. A sociedade exige da medicina sempre uma solução, exigência que a própria medicina também reiterou como qualidade da vida social moderna, oferecendo

intervenções mesmo quando não haja conhecimento científico para ampará-la. Segundo a autora, o ato médico é aplicação da ciência e descoberta de saber prático. Na medicina, a ação reveste-se de saber científico, e, ao mesmo tempo, exige um saber prático, que se fundamenta no científico, mas regulando-se também por apreender e agir necessariamente sobre o social.

Na fala do trabalhador, há diversidade entre o que se aprende enquanto reflexão a respeito das teorias consubstanciadas em saberes, normalmente ditas científicas, e do que passa a ser verdadeiro com referência as vivências cotidianas.

Eu acho que na prática aprendemos muito, às vezes, você vê no livro com a orientação do professor, você aprende. Mas se você lidar diretamente com a pessoa fica muito mais enriquecida, você aprende muito lidando com a pessoa (Técnico de Enfermagem).

Motta (1998, p. 16) fala-nos sobre esta questão considerando que “o olhar que se tem do mundo está no saber construído pela ciência, assim como no saber disseminado pela vida cotidiana”. Para ele, o que na ciência é apenas opinião pode considerar-se saber na vida cotidiana, onde a ação pode comprovar o conteúdo correto do juízo em que se baseia o saber.

A visão de que qualquer ação pode ser vista como ação educativa em potencial é expressa pelo entrevistado abaixo, que ademais, diz sobre a importância da percepção que se tem dos sujeitos que compõem o outro lado da relação para a realização do ato educativo.

Então, a partir do momento que você tem que se virar, você tem que correr atrás e procurar mais saber. E aí você cresce. Esse saber acaba sendo construído em comum. Eu percebi que quando cheguei aqui não fui muito aceita, mas com a vivência na equipe e com o tempo fui conseguindo conquistar o meu espaço (Enfermeiro).

A existência de distanciamentos entre trabalho prescrito e real, entre o que é prévia e tecnicamente determinado e as ações efetivas, leva à mobilização da inteligência estratégica do indivíduo, um raciocínio frente à variabilidade de situações, demandadas pelo trabalho,

que muitas vezes não se coaduna com o saber aprendido. É notória nos depoimentos, a percepção do conhecimento como algo dinâmico e que, por sua vez, o trabalho é fonte geradora de novos conhecimentos. Os depoimentos dos trabalhadores a seguir falam sobre o *saber da experiência*:

Eu trabalhei dez anos numa unidade e isso soma muito. A experiência que se adquire no dia-a-dia soma muito, desde que você tenha interesse, porque se você for largado também não vai resolver [...] (Técnico de Enfermagem).

Eu percebo até que o conhecimento do auxiliar de enfermagem é muito melhor que o meu em alguns aspectos, porque ele tem muitos anos de experiência e é uma pessoa muito curiosa [...] (Enfermeira).

Schwartz (1977)³² apud Tavares (1998) menciona que toda prática abrange uma inteligência das coisas, e ao mesmo tempo todo saber prático busca uma teoria. A teoria, que significa seleção, organização e ordenação de conceitos, propicia que os fatores de desorganização, presentes em todas as situações humanas, na prática sejam ultrapassados. Sob a perspectiva teórica, a prática se sistematiza, se reflete, se organiza e se gera. O trabalhador reflete sobre seu aprendizado sob este aspecto mencionado pelo autor.

Eu me formei na UNIMONTES e no meu internato eu passei seis meses no programa saúde da família. Eu até falo que na época do internato, hoje está um pouco mais diferente, eu passava oito horas por dia na unidade. Eu vivenciei tudo que o enfermeiro fazia, a teoria e a prática, minha formação foi um momento muito proveitoso pra mim (Enfermeiro).

O depoimento corrobora Tavares (1998), para quem as práticas de saúde e as práticas de educação se consolidam a partir de uma dada visão de mundo e é predominantemente construída por uma racionalidade baseada tanto na técnica e na ciência, quanto nas estruturas da vida cotidiana. Entretanto, segundo a autora, há uma legitimação de um saber-fazer utópico, valorizado pela hegemonia do saber *de livro*, mesmo quando se reconhece a distância entre os saberes escolares e a prática para a qual deviam estar preparados.

³² SCHWARTZ, B. *Une Autre École*. Paris: Flammarion, 1977.

A mesma autora ressalta ainda a interatividade necessária da prática em saúde, em que há troca de experiências profissionais entre si. Esta interatividade permite conhecer como os outros profissionais da saúde decidiram ou atuaram em circunstâncias semelhantes, embora nunca iguais. São modos de re-viver a prática, narrar as experiências e compartilhar dúvidas, acertos e emoções. Podem ocorrer de modo formal, como em eventos científicos ou publicações, ou mesmo, nas reuniões de discussão de casos, ou então de modo mais informal, como as discussões nos corredores e espaços de encontro.

Embora se reconheça a importância do conviver entre saber prático e científico, é necessário compreender que o conhecimento requerido, tanto prático como teórico, tem que ser avaliado na resposta que propicia às demandas dos usuários. Os processos educacionais que desconsideram essa inter-relação de saberes, não conseguem responder aos requerimentos dos processos de trabalho.

3.2 - O saber como necessidade

Neste tópico, direcionamos nossa análise sobre as necessidades educativas expressas pelos trabalhadores em três vertentes. A primeira diz respeito às necessidades sentidas pelos trabalhadores e respondidas (ou não) pela própria unidade de saúde, onde atuam. A segunda, aquelas relacionadas às propostas de capacitação oriundas da gerência do PSF na SMS. A terceira, com respeito às necessidades de conhecimentos, ou educativas de modo geral, identificadas pelos trabalhadores em relação aos usuários ou famílias residentes no território de saúde.

Na primeira vertente de análise, enfocamos quais necessidades de conhecimento os trabalhadores consideram importantes para desenvolver seu processo de trabalho (tema) e

como são respondidas dentro da própria unidade de saúde (local). Alguns trabalhadores relatam, sem especificar, que existem algumas questões do trabalho, que demandariam uma maior capacitação. Dentre eles, alguns consideraram que a aprendizagem deve tomar por referência os problemas de relacionamento entre a equipe e também entre os trabalhadores e os usuários.

Iniciamos nossa análise com base no depoimento de uma médica, que relata a demanda por conhecimentos na área clínica. A entrevistada fala sobre a mobilização dos médicos de todas as unidades de saúde do PSF em prol de um aprendizado necessário na área da clínica, a fim de responder aos processos de trabalho nas unidades.

Os problemas da clínica ainda é um problema, porque diante de um caso que eu tenho dúvida e preciso estudar, eu não tenho um tempo para o estudo na unidade. [...] Então, fomos liberados por Dr. Y que é nosso secretário, o turno da quarta-feira à tarde, a cada quinze dias, pra gente sentar, o grupo de médicos da saúde da família e discutir os casos clínicos que você está tendo dificuldade na área. Então, levamos vários casos de dor lombar, por exemplo, estudamos aqueles casos. Começamos há pouco tempo, tem dois meses mais ou menos, encerrou agora em janeiro, mas muito provavelmente será retomado em fevereiro (Médica).

Na proposta de Educação Permanente em Saúde, é sugerida a estratégia denominada *Grupo de Apoio Profissional* e que se baseia no conceito de *revisão pelos pares*. A *revisão pelos pares* na educação trata-se de uma aprendizagem cooperativa que favorece a ampliação dos conhecimentos e habilidades, na medida em que é constituído um espaço de interação social como elemento determinante para o desenvolvimento e ampliação das potencialidades dos sujeitos (KERN & SARAIVA, 1999).

Na experiência relatada é descrito como estudo em grupo de casos clínicos entre os médicos, sendo estudados aqueles casos que apresentam dificuldades. Consideramos que ao oportunizar aos médicos um espaço de discussão e troca de conhecimentos e aprendizado, essa estratégia os fortalece enquanto grupo atuante no PSF. Permanece uma questão: estes estudos realizam-

se considerando as questões da clínica direcionada pelo estudo das necessidades sociais de saúde?

A priorização de determinados temas nos processos educativos traz à tona a discussão sobre a problemática clínica e da epidemiologia na aprendizagem. Entendemos como Motta (1998) que a construção do modelo biomédico hegemônico tem o corpo dimensionado na anatomia e fisiologia como objeto das práticas de saúde e define, ao mesmo tempo, que tipo de saberes deverão ser apreendidos para intervir neste corpo. Nesse caso, se os problemas de saúde são vistos como problemas de partes de determinado corpo, o saber legitimado e definidor da intervenção será o da clínica, sendo os demais saberes secundários. Contudo, se a visão de corpo aproxima-se de sua percepção como construção social historicamente definida, onde os problemas de saúde são definidos enquanto necessidades sociais de saúde, os saberes da epidemiologia, das ciências sociais e da antropologia passam a direcionar os demais saberes, incluída a clínica.

Cabe ressaltar que embora esse processo educativo se realize fora do local de trabalho, que é a Unidade de Saúde, não pode ser caracterizado como treinamento ou capacitação, como formalmente é concebido. Aproxima-se mais do conceito de educação em serviço, já que os elementos disparadores da aprendizagem são as situações-problema de saúde-doença que devem ser enfrentadas na prática profissional. Os trabalhadores médicos das Unidades Saúde da Família do município de Montes Claros articulam-se em grupo, visando o desenvolvimento integrado dos domínios cognitivo e psicomotor frente a situações-problema das equipes.

Verificamos a existência de um processo educativo que ocorre na própria Unidade de Saúde e envolve todos os profissionais, realizando-se tanto em equipe quanto individualmente, sendo

demandado para preencher as ausências ou deficiências de conhecimentos necessários ao processo de trabalho. Percebemos que existe certa postura dos trabalhadores quanto à problematização do processo de trabalho. Diante disso, procuram construir estratégias educativas para seu enfrentamento. Vejamos o relato de um dos trabalhadores em torno dessa questão:

Quando a gente tem dúvida, leva para a médica ou enfermeira. A gente nunca deixa em branco. Tudo que a gente depara, a gente anota para não esquecer e na primeira oportunidade, eu mesmo quando deparo com tais situações eu exponho para a médica (Auxiliar de Enfermagem).

Neste caso, o trabalhador busca soluções individualizadas, ainda que a natureza do problema esteja relacionada a dúvidas presentes nas práticas de saúde no campo do conhecimento coletivo. O enfrentamento dessas questões requer um processo educativo em equipe.

Está contido na fala do entrevistado acima o aspecto da aprendizagem como exteriores ao sujeito. Ou seja, o trabalhador não se percebe enquanto agente e, portanto, ator na construção do saber e resolução da deficiência de conhecimento diagnosticada. Esperam o conhecimento a partir do *saber* da enfermeira ou do médico, ao invés de buscá-lo, por exemplo, na literatura. Não devemos esquecer entretanto, que essa é uma situação exposta pelos profissionais de nível médio da área da enfermagem, possivelmente habituados a treinamentos e supervisão baseados em processos mais verticalizados.

A percepção que os agentes possuem acerca da relação educação-trabalho, das formas de enfrentamento sob o ponto de vista educacional, dos problemas vivenciados no trabalho é baseada na mesma perspectiva de sua prática social, a qual implícita ou explicitamente, traduz uma filosofia de vida, concepção de homem e de mundo. Nesse sentido, os trabalhadores reproduzem as relações de poder existentes na sociedade. Por outro lado, faz-se necessário considerar que na divisão técnica do trabalho os enfermeiros e médicos são vistos como

detentores de uma determinada capacidade profissional e devem por isso cumprir um papel de *instrutores* para com os outros profissionais de nível médio. Todavia, o depoimento abaixo demonstra o que poderíamos chamar de um indício de que há possibilidades de ocorrerem processos de trabalho direcionados a uma relação mais horizontalizada e posturas mais reflexivas.

E ficávamos sem saber. A criança vinha pra cá para ser medida e pesada. A família não tem condições de ter uma boa alimentação e então dentro disso fomos tendo educação continuada, com a enfermeira e a médica, afim de que soubéssemos buscar quais as alternativas para melhorar as condições da família. O exemplo de uma micro-área serve para outra. Eu tinha problemas com desnutrição infantil e diarreia, e meu problema já serviu para orientar outras meninas. Também tivemos treinamentos pela Secretaria sobre diarreia. Tudo que começa a crescer aqui no PSF, procuramos uma solução aqui dentro e também levamos para a Secretaria ajudar a resolver (Agente Comunitário de Saúde).

Outro eixo articulador da prática educativa ocorre através de reuniões programadas nas Unidades de Saúde para estudo em grupo sobre temas do cotidiano do serviço. Os trabalhadores destacam esse processo educativo, como descrito abaixo, denominando-o de *Educação Continuada*.

A equipe sempre priorizou a Educação Continuada, está um pouco paralisada, mas vamos retomar. [...] A educação continuada é programada para nós, é tipo um estudo, tem o estudo de caso, que pra nós é menos; mas existe uma programação, de estudar o que estamos tendo maior necessidade (Agente Comunitário de Saúde).

Aqui na equipe a gente discute alguns assuntos. Tem um assunto que é interessante, vamos estudar sobre isso, é a educação continuada entre os funcionários. É feita pela médica ou pela enfermeira, a gente sugere um tema, os agentes ou eu, nos reunimos pra estudar, pode ser um caso de um paciente que é diferente, interessante pra gente estudar. Uma dúvida mais rápida a gente tira assim com uma delas, sem precisar reunir todo mundo (Auxiliar de Enfermagem).

Conforme expresso pelos trabalhadores, essas reuniões acontecem nas unidades do PSF e partem das carências de conhecimento. Parece existir certa troca de conhecimento entre a equipe, embora prevaleça o domínio do conhecimento do médico e da enfermeira. Isto está referido na fala do Agente Comunitário de Saúde ao afirmar que *a educação continuada é*

programada para nós e em outros depoimentos é dito que os enfermeiros e médicos *ensinam* para os Técnicos de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde.

Recuperando a discussão, apresentada no capítulo anterior, o termo *Educação Continuada* tem sido adotado, inclusive pelo Ministério da Saúde, como englobando as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais. São orientadas pela concepção de que as mudanças desejadas para as instituições podem ser alcançadas basicamente com a acumulação da informação; e se direcionam eficazmente pela difusão de informações e políticas.

Analisamos que este processo educativo que ocorre nas unidades, e que é referido pelos entrevistados como Educação Continuada, aproxima-se mais do conceito de *educação em serviço* já que parte das dificuldades existentes nos processos de trabalho nas unidades de saúde e tem em vistas a melhoria da assistência prestada aos usuários. Trata-se de processos educativos cujas perspectivas - sob as quais são desencadeados - estão relacionadas às dificuldades existentes nos processos de trabalho nas Unidades de Saúde e para as quais buscam respostas que promovam a melhoria da assistência prestada aos usuários.

Também podemos analisá-los como parte da supervisão dos médicos e enfermeiros aos outros trabalhadores de saúde. Mendes Gonçalves (1994) ressalta que um dos trabalhos da enfermeira é o treinamento para a formação dos quadros subordinados, principalmente dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Exercem ainda atividades de supervisão, que geralmente se destinam à capacitação para atividades programáticas e se esgotam na referência à própria atividade, isoladas do contexto maior em que ocorrem, na esfera das necessidades e objetivos

em relação à dimensão coletiva. Caracteriza-se como uma orientação para a dimensão biológica das atividades e são pontuais, abarcando determinado tema.

Na medida em que se inserem como elemento no dia-a-dia das unidades de saúde, essas práticas educativas demonstram ser permeáveis aos sujeitos trabalhadores e as dificuldades profissionais presentes em seus processos de trabalho, requisitando-os e incorporando-os em uma dinâmica e organização. Além de que contribuem para a melhoria da qualidade da assistência à população ao propiciar a aquisição de conhecimentos necessários ao aprimoramento profissional dos trabalhadores.

Considerações feitas pelos trabalhadores sobre suas práticas educativas no serviço, propiciam análises sobre o aspecto do poder pelo *saber* que vêm dos técnicos - médico e enfermeira - dentro da equipe. Percebe-se um conflito entre o enfermeiro e os outros auxiliares no que concerne a essa questão. Para a enfermeira, os trabalhadores, supostamente, não querem aprender novos conhecimentos, entretanto logo a seguir, é afirmado que aqueles desejam saber o que não lhes cabe aprender.

Se você sentar com eles e perguntar o que querem saber, respondem que sabem tudo, já temos curso, todo mundo já estudou aqui. Está meio comodista. As dificuldades, eu não sei se é o que acontece nas outras equipes, mas a minha realidade de introduzir isso tem essa dificuldade, eles querem saber coisas que não são da especialidade deles. Talvez a metodologia fosse essa, talvez estejamos falando blábláblá pra eles, mas eles nunca querem, por mais que eu tente, acham cansativos (Enfermeira).

Na fala acima, algumas questões podem ser analisadas. A primeira diz respeito a desmotivação para o processo educativo. A enfermeira considera que os trabalhadores não estão motivados ao aprendizado. Entretanto é preciso considerar que na educação há um forte componente ideológico. Nesse caso, ao atentarmos para a fala - *Se você sentar com eles e perguntar o que querem saber [...] sabem tudo, já temos curso, todo mundo já estudou aqui*

(denotando que não é isto que ocorre) percebemos um posicionamento de distanciamento na relação enfermeiro e outros profissionais de nível médio, de sujeição. O enfermeiro não se percebe enquanto agente e ator na construção em equipe e na resolução dos problemas que se embrionam no próprio processo de trabalho.

A segunda questão refere-se às fronteiras do conhecimento existente em cada profissão. A afirmação de que *eles querem saber coisas que não são da especialidade deles* pode denotar um corte no diálogo entre os saberes.

Ceccim (2003) considera necessário uma perspectiva entre-disciplinar e a multiprofissionalidade tanto no trabalho, quanto na educação em equipe para a produção de modos que rompam com as práticas científicas. Nesta direção, a organização do ensino deveria ocorrer orientada pelo desenvolvimento das capacidades sensíveis e de problematização.

Em todas as profissões de saúde, existe um campo de saberes e práticas que caracteriza determinada profissão, com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e formação, nos sistemas de exercício profissional e nos sistemas de trabalho. Contudo, é preciso considerar a importância em se passar para a noção de equipe *desassujeitada* por saberes e práticas disciplinares individuais, o que ele chama de terceira margem. A complexidade que é produzir saúde impõe interfaces, interpenetrações que devem derrubar barreiras rígidas na articulação profissional.

Para fundamentarmos esta análise, podemos recorrer a Silva Junior & Mascarenhas (2003), os quais ressaltam a postura de acolhimento e escuta, a ser pensada na relação dos trabalhadores

entre si. Relações democráticas estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva e produzem os sujeitos de novas práticas. E neste aspecto, o processo educativo parece precário, uma vez que verticalizado. Embora todos estejam sentados uns ao lado dos outros, aparentemente dialogando, quando não há troca, o que se transfere ao outro é um conhecimento pronto, acabado, inquestionável, ou seja, um ensino *bancário*. Essa vivência das equipes, ainda centrada no tradicional repasse de conhecimentos, que reforça a educação, não como processo, mas como instrumento de ação de um agente sobre o educando, pode ser ilustrado na fala a seguir.

A gente tem reuniões, mas essas trocas acontecem de acordo com a necessidade ou quando tem novidades, aí são *repassadas* essas informações (Auxiliar de Enfermagem) (grifos nossos).

No processo educativo, é considerado como *aprendizagem significativa* àquela que tem significado, que propõem o diálogo, que tornam os sujeitos autônomos, que parte das questões apresentadas pelos alunos. Analisamos que a mudança na forma como aprendemos e ensinamos ainda está em trânsito. De repente, podemos até voltar àquelas formas anteriores, para depois tomarmos novamente o passo das formas participativas e dialógicas, propostas para o processo educativo. Assim sendo, parece ocorrer nessas unidades do PSF, o novo e o velho se manifestando, caminhado, às vezes, de mãos-dadas ou seguindo rumos diferenciados.

As capacitações ou atividades ligadas à supervisão da enfermeira, também estão expressas nas falas a seguir, sendo notável a pouca continuidade e fragilidade desses processos.

Desde que eu entrei no PSF é assim: passa um tempo sem fazer (reuniões de estudo), aí, quando estamos com muita dúvida volta. Quanto mais a gente estuda mais poderemos oferecer um serviço de qualidade (Auxiliar de Enfermagem).

Parece existir, por parte dos profissionais médicos, o conhecimento teórico de como integrar processo educativo e processo de trabalho a partir dos problemas no território³³ e direcionados para atender as necessidades de saúde da população. No entanto, sua implementação prática não ocorre, pois se prioriza a forma tradicional no processo de trabalho médico.

Essa foi uma proposta nova, que eu sentei com os agentes e enfermeiros e fiz essa proposta pra eles. Porque existem dois tipos de territorialização que podemos fazer, o primeiro tipo é de paisagem, é aquela geográfica, comércio, setores sociais e tal. A outra é por problemas, que é a resolutive, [...]. Que é identificar onde tem violência intra-familiar em sua área, onde tem paciente alcoólatra, onde tem paciente que não adere ao tratamento. Então, isso foi feito junto com os alunos da Unimontes [...] cada aluno entrevistou um agente, e fez um mapa de territorialização por problemas para quando formos agir, agirmos por problemas. *Agora falta o tempo pra eu poder sentar com o agente e ele me falar: “você está indo fazer essa visita por esse motivo”, “eu estou tendo esse e esse problema na minha micro-área”*. Ele fez esse mapa, eu tenho que escutar o agente, para que ele passe essa territorialização para mim, esse é um objetivo nosso. Na quarta à tarde, na educação continuada, a gente começa a trabalhar, não com programas prontos que tudo isso eles já viram, já foram treinados nessas questões, é preciso começar a estudar os programas da área. Já tem programado para fevereiro (Médica) (grifos nossos).

É importante considerar, em relação à fala do entrevistado acima, o processo de territorialização, que embora importante no atendimento às famílias, não deve se restringir à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde. Esse deveria, principalmente, estender-se à orientação das práticas, à construção de um *estar* no campo de saberes e de práticas da saúde que envolve desterritorializar saberes hegemônicos e práticas vigentes.

Para isso é preciso tornar a participação dos sujeitos sociais, trabalhadores de saúde, e os usuários, como parte do processo formativo, criar estratégias para torná-la uma atividade permanente e relacionada às necessidades da população e às mudanças nas pessoas, nas instituições e nas tecnologias. Participação que deve operar com referência em visões e práticas processadas de forma ética, integral, holística e humanista, criando espaços de

³³ Para a conceituação de território em saúde, consultar Mendes (1994, 1997).

explicitação das diferenças, antagonismos e conflitos e de sujeitos enfrentadores das hegemonias (LINS, LUQUE & RUBIO, 1999).

Enfim, podemos afirmar que as demandas geradas pelo processo de trabalho têm sido respondidas, em parte, pelo processo educativo denominado de Educação Continuada, embora algumas dificuldades tenham sido apontadas, como a descontinuidade do processo educativo, o predomínio de conhecimentos do médico e enfermeiro no direcionamento desse processo, a não motivação para o estudo em equipe por parte dos trabalhadores. É necessário ressaltar que a maioria considerou importante o aprendizado que se realiza na *Educação Continuada*, reconhecendo esta como um espaço de discussão sobre as situações vivenciadas e como forma de responder as questões que surgem em relação ao processo de trabalho.

Necessário se faz reconhecer esse espaço como embrião para processar um processo educativo, assentado sobre as características e necessidades do processo de trabalho concreto no cotidiano. O processo educativo, ao se realizar como parte de um processo crítico do próprio trabalho, oportuniza a operacionalização da proposta da Educação Permanente em Saúde.

Em relação a segunda vertente de análise, trataremos dos processos educativos denominados pelos trabalhadores como capacitação, treinamento, reciclagem e atualização. Tais processos educativos realizam-se pela Secretaria Municipal de Saúde, que planeja, estrutura e opera temas, conteúdos a serem ministrados aos trabalhadores em outros locais, que não as unidades de saúde.

A maior parte das capacitações destinadas aos trabalhadores das unidades de saúde, que são

programadas no nível de gerência do PSF na SMS, segundo o Gestor é de caráter mais teórico.

Os protocolos do DST AIDS, na área da saúde da mulher, a gente tem muito isso, na área da Saúde Mental, até essa atividade acadêmica de residência, que a gente tem, está ajudando muito na elaboração de resposta a esses problemas *de ordem mais teórica*. Então, a gente já conseguiu trabalhar a questão da hanseníase, vamos começar agora de tuberculose, hepatite, dengue. Há momentos de cada equipe e há momentos gerais em que todos os profissionais são chamados a discutir determinado tema, que é de interesse de todos. E com um detalhe, hoje a nossa metodologia de discussão é apresentação de casos clínicos e construção de protocolos para respostas àquelas questões que os casos apresentam, então é uma discussão bem participativa, não é através de aulas, nós os chamamos para apresentar casos, discutimos e depois apresentamos algum protocolo pra eles validarem. Aí fica feita essa capacitação nessa área (Gestor 2).

Franco & Merhy (2003) fazem referência ao benefício da utilização dos Protocolos,³⁴ elaborados pela equipe técnica da unidade citada em estudo, desenvolvido pelos autores. Esses protocolos indicam os procedimentos a serem adotados no atendimento ao usuário, aumentam a resolutividade e fluxo de pacientes e garante maior autonomia aos médicos e enfermeiros.

Permeia a maioria das falas dos entrevistados a crítica sobre a forma como são programadas pela SMS as atividades educativas destinadas aos trabalhadores do PSF, definidas sem a participação desses.

Gostaríamos de ter mais formações, essas são muito limitadas aos médicos e enfermeiros, para agentes é pouco. Até questionamos o responsável pelo PSF e ele falou que para o agente é mais difícil, por dificuldade dele se deslocar, por muitos não terem condução própria, então as formações são para os médicos e enfermeiros para que eles passem para a equipe toda. Aqui a enfermeira e a médica estão sempre repassando, mas gostaríamos de ter para nós. Por exemplo, se o problema do momento é hepatite A, oferecer um treinamento de hepatite A, então gostaríamos de ter mais treinamento, mais capacitação (Agente Comunitário de Saúde).

³⁴ Segundo os autores, são atribuições dos profissionais no atendimento que seguem um padrão técnico de acordo com a legislação que regulamenta o exercício profissional.

A não participação dos trabalhadores no planejamento do processo educativo pode ser visto como a reprodução da divisão social do trabalho, consubstanciado na divisão técnica do trabalho, que mantém e reproduz a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual. Possivelmente, essa concentração de poder na gerência do PSF, no que concerne à definição de demandas para o nível local, seja a responsável pelo descompasso entre o que se aprende e as reais possibilidades de utilização do conhecimento adquirido no cotidiano das unidades de saúde. A maioria dos trabalhadores considera a não adequação desses projetos do nível central aos problemas enfrentados pelo nível local.

Os treinamentos não respondem às necessidades. O Programa Saúde da Família é muito complexo, a gente não conseguiu ainda, inclusive com a questão da capacidade técnica; a gente tenta fazer sozinha essa capacitação, mas falta profissional da área para auxiliar em loco (Médica).

[...] eles fazem a capacitação, às vezes, não é nem um tema que estamos precisando naquele momento, não tem uma programação, às vezes, estamos aqui com várias coisas pra fazer, e eles chamam pra ir fazer capacitação. Não tem um estudo pra saber como estamos aqui, o que estamos precisando mais no momento, eles escolhem um tema e chamam a gente. E às vezes quando você está precisando mesmo, nem lembra mais daquilo. Eu acho que tinha que ser uma coisa atual. Estamos passando por isso. Agora até que estão tentando mudar mais, as últimas que aconteceram foram coisas que estávamos precisando mesmo. Não tem uma programação certa ainda (Agente Comunitário de Saúde).

É questionado principalmente o planejamento centralizado na SMS, principalmente por privilegiar médico e enfermeiros. Os Agentes Comunitários de Saúde vivenciam mais de perto os problemas cotidianos dos usuários, por isso expressam e reconhecem a importância em participar diretamente dos treinamentos.

Gostaríamos de ter mais formações, essas são muito limitadas aos médicos e enfermeiros, para agentes é pouco. Até questionamos o responsável pelo PSF e ele falou que para o agente é mais difícil, por dificuldade dele se deslocar, por muitos não terem condução própria, então as formações são para os médicos e enfermeiros para que eles passem para a equipe toda. Aqui a enfermeira e a médica estão sempre repassando, mas gostaríamos de ter para nós. Por exemplo, se o problema do momento é hepatite A, oferecer um treinamento de hepatite A, então gostaríamos de ter mais treinamento, mais capacitação (Agente Comunitário de Saúde).

Podemos analisar, a partir dos depoimentos, que as práticas de capacitação em saúde parecem se reduzir a simples transferência de conhecimentos e a assimilação de destreza motora e de novas técnicas. Tomando a Educação Permanente em Saúde como modelo, diríamos que o processo educativo deve ir além da transmissão de conhecimentos, buscando na vivência dos próprios trabalhadores o encontro entre o saber popular, a ciência e a tecnologia moderna, propiciando que sejam sujeitos no processo pedagógico.

Embora as capacitações, segundo um dos entrevistados, privilegiem médicos e enfermeiros, deixando a descoberto os auxiliares de enfermagem, que no seu dizer *é quem precisa de muita orientação*, pode-se perceber através da fala abaixo uma mudança e até mesmo certa ampliação na oferta de capacitação para os trabalhadores de nível médio:

A gente tem uma necessidade grande, mas não é oferecido muito pra gente. Esse ano aumentou, porque foram três, mas antes não tinha. Há um ano, mais ou menos, que está melhorando. A assistência maior era para os médicos e enfermeiros, e quem tava lá, na casa do povo todo dia, que precisa de muita orientação, porque estudou pouco, porque estudamos pouco, não tinha a atenção que deveria ter, e começamos a reclamar disso e está melhorando. Tem curso que é só para os agentes. Aí vão as meninas e eu fico. O último que teve foi pra auxiliar, fui eu e as meninas ficaram. Só uma vez foi todo mundo (Auxiliar de Enfermagem).

O processo educativo segue a mesma forma do processo de trabalho em saúde. Franco & Merhy (2003) analisam que o trabalho nas unidades básicas é parcelado e em eixo verticalizado, onde primeiro se organiza o trabalho dos médicos e sucessivamente, o de outros profissionais, tendo em conta a especialização do conhecimento e consolidação das corporações profissionais. Como consequência, os trabalhadores fixam-se em determinadas etapas do processo terapêutico e se alienam do próprio objeto do trabalho. Não há interação e compromisso com o resultado. Nas falas dos trabalhadores é ressaltado esta mesma forma de agir citada pelo autor. São os médicos e enfermeiros os beneficiados com as capacitações da SMS e as informações adquiridas por estes sobre determinado tema são repassadas nas

unidades de saúde aos outros profissionais - Técnicos de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde.

Os temas escolhidos pela SMS para os treinamentos parecem corroborar com as prioridades governamentais e com o planejamento normativo estatal para a prestação de serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS), que definem um pacote mínimo de serviços clínicos essenciais. A fala da entrevistada confirma essa tendência:

Quando é período de vacina, principalmente nós, que não vivemos essa rotina de vacina, então naquela época a gente vai ter um treinamento, quando tem surto de dengue, inclusive tem alguém da zoonoses [...]. Vem uma pessoa da zoonoses que fala sobre dengue, febre amarela. Não constante, mas quando a secretaria percebe que há necessidade. Há pouco tempo agente teve sobre tuberculose e hanseníase, que teve em todos os PSF, inclusive foi na Escola Técnica, poucos dias depois teve sobre hanseníase novamente com médico e enfermeiro, contato direto, que foi na prática mesmo (Auxiliar de Enfermagem).

Alguns *treinamentos* também são operacionalizados para responder à demanda de programas planejados pela Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Tem uma outra dificuldade que são os programas de educação do Estado, que ainda não incorporaram essa metodologia. Às vezes, chamamos o nosso profissional que está lá trabalhando pra vir aqui para uma reunião, que é uma aula, para falar de coisas que não são significantes no seu cotidiano e isso gasta o tempo deles. Tomar o tempo deles para instrumentalizar uma coisa que, realmente, virá modificar o processo de aprendizagem deles é complicado. Estamos tão envolvidos com essas coisas que não dão certo... Na verdade, temos que nutrir essa parceria, não podemos virar para a gerência regional de saúde e falar: não, essa metodologia eu não aceito. Então, tem a compatibilização desses múltiplos atores que estão aí, é uma outra dificuldade (Gestor 1).

Os gerentes do PSF analisam ainda as dificuldades atuais, não só dos programas da Secretaria do Estado da Saúde/MG, que *têm que cumprir*, mas também em relação aos seus próprios programas, que chegam a fragmentar a equipe e o processo de trabalho, por ocorrer entre categorias profissionais.

Então, a proposta é que você pegue, por exemplo, o PSF, aquele grupo de profissionais, que eles discutam juntos naquela equipe. Vou citar aqui uma

unidade de saúde, por exemplo, na equipe de profissionais [...] naquele mesmo grupo de discussão de trabalho, os servidores que trabalham com teste do pezinho, com vacinação, no serviço de odontologia. A educação permanente quer dizer transformar as práticas de trabalho. Como transformar essas práticas e ações do trabalho, se é incoerente o que você forma com o que é real. Então, o que queremos quebrar é exatamente essa incoerência. Você vem aqui senta todo mundo, senta só os agentes comunitários de saúde do PSF, mas cadê o enfermeiro, porque ele não sentou também para discutir, onde está aquele outro profissional que atua, onde está o médico da equipe? (Gestor 2).

Nós encaminhamos a secretaria de administração, quando da solicitação dela, propostas para treinamentos que eles vão realizar. Encaminhamos os tipos de treinamento. Implantamos o SAMU, então o pessoal que vai trabalhar no SAMU, os médicos e enfermeiros foi treinado. São esses treinamentos paralelos, são ainda treinamentos pontuais. Os coordenadores planejam do serviço, nesse caso do SAMU. Mas isso aconteceu, porque ainda não implantamos a nossa estratégia de educação permanente (Gestor 2).

É importante ressaltar que existem alguns trabalhadores que consideram os treinamentos, ainda que não planejados com as equipes do nível local, adequados para resolver os problemas enfrentados na unidade de saúde:

Esse mês, nós fizemos acho, que dois ou três treinamentos bastante importantes. [...] Mas, os treinamentos estão sendo excelentes, com profissionais treinados e capacitados para nos treinar. Falta tempo ainda, começou agora. Começaram em julho e acredito que até o ano que vem se continuarem no ritmo que estão, vamos conseguir sim um treinamento muito eficiente em saúde pública (Médica).

Tivemos um curso sobre hanseníase e cheguei numa casa, vi uma mancha na menina, lembrei do curso marquei uma consulta e está quase certo que seja, então, estamos preparados para chegar e detectar o problema na área (Agente Comunitário de Saúde).

Tavares (1998) acentua que o eixo da reorganização das práticas pode ser o processo educativo que direciona a busca por outra forma de pensar e organizar as práticas para a saúde. Nesse sentido, o próprio processo educativo apontaria para repensá-lo acerca da produção de conhecimento e de sua transmissão, formação e no desenvolvimento dos trabalhadores.

Podemos analisar que a mudança é uma realização democrática, que através da reflexão crítica sobre as concepções e práticas de saúde, é realizada pelos próprios sujeitos que pensam, experimentam e se constituem nesse processo. Pessoas que se articulam, mesmo que através de instituições e projetos, e constroem vínculos, abrem-se ou não para o novo, para outras experiências e para reconstruir a assistência à saúde.

Eu sempre falo que temos que ficar vigilantes nesse aspecto de atender à população. Muitas vezes você tem o conhecimento científico, mas vem pra prática e não tem tantos recursos, então, você aprende um jeito diferente de fazer, mas aquele conhecimento ainda existe (Enfermeira).

Finalizando, diríamos que a forma como as demandas por conhecimento entre os trabalhadores é respondida pela Gerência do PSF na SMS de Montes Claros, tem características às referenciadas por Motta (1998) em seu estudo sobre Educação Permanente, em Saúde. Essas características coincidentes com os depoimentos dos trabalhadores de saúde entrevistados em nosso estudo foram apontadas, como sendo: dispersão e falta de continuidade, com atividades esporádicas de capacitação, falta de direcionalidade, escasso alcance, tanto em termos quantitativos quanto geográficos, concentrando-se em algumas categorias profissionais, falta de correspondência entre processo educacional e as características dos programas concretos, em termos de orientação, objetivos, conteúdos e impactos.

Consideramos necessária a participação dos trabalhadores de saúde no planejamento e operacionalização das *capacitações*, a fim de que sirvam concretamente ao aperfeiçoamento dos trabalhadores e de suas práticas de saúde. Também é necessário estimular a reflexão crítica sobre as contradições existentes nos processos educativos.

Em relação a terceira vertente de análise, que diz respeito às necessidades de conhecimentos, ou educativas de modo geral, identificadas pelos trabalhadores em relação aos usuários ou

famílias residentes no território de saúde, a apreensão dos relatos dos trabalhadores mostra que estes pressupõem que as pessoas não possuem uma cultura de saúde, não vêem a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas de sua importância. Há subjacente uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular. Os trabalhadores das equipes de saúde do PSF podem estar invadindo a vida das pessoas e não garantindo a autonomia e o fortalecimento dos laços sociais/coletivos, dirigindo-se à produção de indivíduos isolados e dependentes. Os discursos, em parte, continuam situados na ordem médica e na normatização familiar, colocando em curso subjetividades individualizantes e robóticas, pouco reflexivas e participativas.

Na minha micro-área, várias vezes, eu volto na casa, tento fazer a pessoa entender com a minha explicação, e quando vejo que não consigo, que a criança está tendo o mesmo problema, eu trago pra equipe, procuro a enfermeira e falo com ela: olha eu estou tendo esse problema, já tentei resolver várias vezes e não consigo, e queria que você marcasse um dia pra conversar melhor, talvez de forma mais clara com essa pessoa. E, às vezes, eu convido a pessoa e ela vem, ou então já marco direto com a médica e falo com ela. Aí a pessoa começa a entender melhor a situação e a mudar os hábitos (Agente Comunitário de Saúde).

Todos os problemas que percebemos, como esse de mudar o pensamento da população sobre o PSF, no início queríamos desistir, deixar o povo, porque não nos entendia. Já tivemos a idéia de formar grupos em cada micro-área, de educação, por exemplo, podemos trabalhar: o que é o saúde da família, o que podemos oferecer, o que esperamos da população. [...] Hoje, já melhorou muito, todo mês temos um grupo que fala disso. Se tivéssemos desistido, o problema teria crescido muito mais e fugido do nosso controle, mas graças a Deus, os problemas que vão aparecendo, tivemos a idéia de fazer isso, ir educando a população lá onde ela está, moram lá, as condições são assim, então vamos pra lá, vamos até eles, de casa em casa (Agente Comunitário de Saúde).

A análise das falas dos trabalhadores sobre a forma como se referem ao conhecimento, ou à falta deste, sobre saúde, por parte do usuário, reflete uma relação de poder desses trabalhadores sobre aqueles, conferido tanto por deterem um conhecimento, ausente ao usuário, quanto pelo poder institucional do qual estão investidos.

Rodrigues et al. (2000) afirmam que as relações usuários/trabalhadores têm se revestido do caráter de *monólogo tecnocrático* mais do que um *encontro*. Segundo os autores, embora o usuário tenha voz, seja ouvido, esta voz se acha *desapropriada*, ou apropriada pelo seu *outro*, que são os trabalhadores. Esta voz só é necessária até que se realize o que é necessário para que o trabalhador, ou profissional de saúde, forme seu diagnóstico. Depois, a voz do usuário fica desautorizada, não é mais necessária.

Teixeira (2000) considera que as práticas de comunicação em saúde, hegemônicas na educação em saúde, caracterizam-se pela busca e ênfase na mudança de comportamento, no velho esquema da educação higienista, do ciclo vicioso pobreza-desinformação-doença, no qual se considera que a posse da informação se associa ao melhor uso dos serviços. Ou seja, parte-se do pressuposto, em relação à população, de que os conhecimentos são insuficientes ou inadequados à produção da saúde ou, ainda, que existe um atraso a ser superado e que essa superação deve se dar pela via dos conhecimentos técnicos e científicos.

Contrapondo-se a esse modelo de educação para a saúde, outra vertente deve ser (re) pensada. Educação em saúde, vista como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança. O conceito de saúde adotado define as ações de educação. Educar para a saúde, com o fim de promover a saúde, baseia-se em ações educativas dialógicas entre sujeitos sociais e trabalhadores, ambos concebidos enquanto cidadãos portadores de direitos, ações orientadas para a ampliação da autonomia e empoderamento dos usuários e população.

3.3 - O saber desejado: Educação Permanente em Saúde

A estratégia de Educação Permanente em Saúde tem sido priorizada pelo Ministério da Saúde no fomento aos processos de educação para o trabalho, havendo um cenário de aparente consenso político sobre sua implantação. Está incluída, nessa agenda, a articulação interinstitucional do SUS com as universidades, a fim de se desencadear esforços integrados para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Em Montes Claros, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação da política de Educação Permanente em Saúde na Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, em dezembro de 2005.

E nós tivemos agora, nesse final de semana, a Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, onde muitas propostas também foram definidas que vai nortear essa nossa prática de educação profissional, de educação permanente em saúde. [...] qualquer demanda, ela vai ser estudada, analisada dentro desse centro de referência; não é um local físico, é um espaço de discussão [...] A proposta é de criar uma quarta gerência, a Gerência de Gestão de Trabalho e Educação Permanente em Saúde. Aí, eu diria que provavelmente a Educação Permanente em Saúde se elevaria a divisão, então, você já tem uma notoriedade, uma valorização maior. E outra proposta que surgiu dessa conferência foi da criação de uma espécie de centro de referência em educação permanente. Por que centro de referência? Todas as demandas, a gente quer trabalhar com todas as unidades de saúde dos PSF, nós queremos planejar juntos (Gestor 1).

Tomando por base as falas dos gestores, poderíamos inferir que ainda não existem iniciativas relativas a este processo educativo implantadas no PSF, embora a SMS tenha o propósito de criar uma quarta gerência, a Gerência de Gestão de Trabalho e Educação Permanente em Saúde que se responsabilizará por essa implantação. Os gerentes do PSF explicitaram os conceitos mais importantes sobre Educação Permanente em Saúde, veiculados pelo Ministério da Saúde, como a aprendizagem significativa e a vinculação do processo educativo ao processo de trabalho.

E na educação permanente, quando você começa, eu diria que é um ciclo de aprendizagem. Você tem a prática, a reflexão, o aprendizado, aí aquilo que você aprende. Mas aí você volta a refletir, volta a aprender e é cíclico. Quando aquela aprendizagem foi significativa tem aquele significado, que a gente costuma falar na educação, que quando você está aprendendo algo que te interessa você absorve muito mais. Então, eu acho que é basicamente isso, é você transformar as práticas de trabalho, partindo daquilo que é significativo (Gestor 1).

Então, a gente entende educação permanente como um processo contínuo de capacitação do trabalhador, para aprendizagem no próprio processo de trabalho. Você dá subsídios, apoio logístico para que ali no próprio processo de trabalho ele desenvolva a habilidade de buscar o conhecimento necessário para enfrentar os problemas do seu serviço no cotidiano (Gestor 2).

Do ponto de vista das formulações políticas, em prol de programas de Educação Permanente em Saúde, esses processos geram interesse que motivam as decisões, contudo, ao nos determos aos conceitos e concepções sobre os mesmos e como esperam operacionalizá-los, percebemos que alguns desses conceitos não estão tão bem definidos.

Motta (1998) analisa que para se estabelecer, de fato, um processo de Educação Permanente em Saúde, centrado no processo de trabalho em saúde, é preciso ultrapassar uma série de obstáculos, como os que envolvem o perfil institucional, desenhado historicamente e a criação de uma cultura institucional, que se expressa pela hegemonia de uma classe dominante sobre uma classe subalterna. No depoimento do Gestor, a perspectiva adotada parece ser a de um planejamento vertical.

Vamos imaginar que a gente comece a implantar, e se formem os primeiros grupos do PSF, que é *homogêneo*, multiprofissional, então vamos discutir, é claro que na orientação *levo determinado assunto, determinada pauta, e eles vão colocar quais são as demandas*. [...] não deixando nada solto, *façam o que quiserem, não*. Por isso que estou falando que esse centro de referência é um pouco moroso, sua implantação é um pouco morosa, porque temos que primeiro diagnosticar isso, quais são essas demandas (Gestor 1) (grifos nossos).

A questão principal, que não está exposta de forma explícita, refere-se ao empoderamento dos trabalhadores, a autonomia, o processo educativo integrado, ao processo de trabalho, tendo o

cotidiano a informá-lo e horizontalizando as programações. Na fala do entrevistado abaixo é dada uma ênfase na metodologia.

Na educação permanente todo tipo de conhecimento é válido. Ela não anula a educação continuada, os cursos, de forma alguma, tanto que a gente quer e trabalhar também palestras, porque tudo isso é somado. Agora o que eu entendo de educação permanente é que é uma estratégia, que vai agir na *metodologia* que vai ser trabalhada. [...] vai ter um treinamento ou uma palestra sobre determinado assunto do PSF, isso não impede que eles façam, ouçam essa palestra, que tenham aulas expositivas, [...] Eles tiveram essa palestra ou esse treinamento, vamos voltar o que foi aprendido, o que você está aplicando o que não está. [...] porque queremos formar grupos de estudo, de discussão, que se forme, se reúnam periodicamente, levem orientação de trabalho para o serviço, façam observação, enfim, algo que traga continuidade (Gestor 1).

É notável o destaque ao aspecto da educação enquanto permanente, duradoura e contínua. Os gestores evidenciam a importância desse processo no ambiente de trabalho na formação dos profissionais atuais e futuros. O depoimento a seguir, demonstra sob a ótica do gestor, os frutos advindos da educação permanente.

Agora, as próprias estratégias que a gente tem estimulado de *treinamento em serviço* já, praticamente, garantem um processo educacional no ambiente de trabalho. Então, automaticamente esses problemas do dia-a-dia se transformam na própria ponta do sistema numa questão a ser trabalhada. E isso desde o nível da graduação, desde a graduação em medicina, enfermagem, de odontologia, a gente já tem convênio com as instituições formadoras, onde os estudantes estão tendo experiências nas unidades. [...] para transformar esses problemas do dia-a-dia em reflexão para tomada de atitude de planejamento e também oficinas de planejamento, que está estudando questões teóricas relacionadas a questões da prática (Gestor 2).

Entretanto, esse discurso sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS), não chegou em essência até os trabalhadores. Utilizamos o termo *discurso*, considerando que a mesma ainda não se encontra implantada em forma de programa ou projeto, ou ações que tenham em vista a concretude dessa estratégia. Com base nos depoimentos dos trabalhadores, podemos dizer que há um quase completo desconhecimento por parte da maioria deles sobre a EPS. Reafirmando, o discurso político não chega aos espaços de sua destinação, ainda que se tenha ampliado a participação da sociedade nesse debate. Em relação aos auxiliares de saúde, a falta

de conhecimento vai além das dificuldades em conceituá-lo, indo ao encontro de ausência de significados, ao *ouvir falar, muito pouco* dos termos.

O processo torna-se contraditório, pois como analisar que desconhecem o que se refere à Educação Permanente em Saúde? Poderá vingar uma proposta (ou política), na qual os trabalhadores são os últimos a serem envolvidos? Nesse contexto, cria-se uma não identificação dos trabalhadores com o proposto, quase sempre, gerando baixa eficácia das propostas ou programas. Reforça-se o distanciamento entre política e atores, ou melhor, entre formuladores e executores.

Uma boa parte dos trabalhadores das unidades de saúde, quando perguntados sobre o conceito de Educação Permanente em Saúde, demonstrou desconhecer do que se tratava. Entretanto, alguns entrevistados tentaram traduzir o significado relacionando-o às suas práticas educativas.

Eu ouvi falar muito pouco. [...] só de ser uma coisa permanente, é uma coisa para ficar, uma educação que vai trabalhar naquilo que é a nossa dificuldade. [...] como seria essa educação permanente? (Auxiliar de Saúde).

Eu entendo educação permanente como esse ensinamento constante, mas que eu me lembre ninguém me falou sobre isso (Agente Comunitário de Saúde).

Eu acredito que deve ser a partir daquele pressuposto que a sua equipe precisa, vai fazer o levantamento e vamos buscar respostas em conjunto. E permanente, por que não vai deixar de existir, vai estar continuamente. Só que é a busca do saber no conjunto. [...] tem quanto ao enfermeiro, é algo que está aberto, e se a classe se mobilizar teremos algo permanente, educação permanente (Enfermeira).

Apenas um trabalhador de saúde conceituou a EPS, embora da mesma forma que os Gestores, não citou ou reconheceu os trabalhadores como sujeitos do processo educativo, fixando-se na metodologia de ensino.

Eu compreendo a Educação Permanente em Saúde, como baseada no que você se vive, no que vem para você como problema. Que o que você tem na prática, você tem que primeiro aprender a estudar, aprender a procurar a informação correta, primeiro, temos que saber que literatura é confiável e a partir daí você traz o problema para ser estudado na forma melhor de caso clínico. Que é o que estamos tentando fazer nesse grupo de apoio profissional que formamos. Na unidade, ainda não temos implantado, queremos implantar com os agentes comunitários de saúde, existe uma educação continuada só que baseada em programas (Médica).

Os trabalhadores dessas unidades almejam um conhecimento além daquele que já possuem, estão abertos ao aprendizado, para suprir o que avaliam e consideram como deficiência na formação curricular e profissional. Expressam a existência da dicotomia e distância da formação profissional em relação à realidade dos serviços. O ensino universitário em geral mantém os conteúdos atomizados, em que a teoria não se aproxima da prática. Na fala da entrevistada está presente esta questão:

Necessitamos de um aprendizado que nos prepare para a prática. Um aprendizado contínuo. Principalmente na questão de formação humana, saímos da universidade com o conhecimento muito técnico, muito certinho: “é desse jeito ou não pode ser feito.” E na hora que chegamos aqui, percebemos que a realidade é diferente, quando começamos a nos relacionar com as pessoas, temos que aprender a relacionar (Enfermeira).

Avaliando o contexto profissional e o cotidiano da prática em que estão inseridos, os entrevistados não descartam a possibilidade de haver certos empecilhos quando da implantação do processo educativo, conforme concebido na Educação Permanente em Saúde.

A EPS deve ser implantada aos poucos. Somos muito carregados de atividades, tudo que vemos de problema tentamos trabalhar nos grupos educativos. Tanto é que no início do mês pensamos o que trabalhar nesse mês de educativo, e sempre relativo aos problemas da região. Mas nunca damos conta de tudo, seria ótimo se tivéssemos grupos alternativos, ou que não fossem esses que trabalhamos constantemente. Mas já criamos de acordo com a necessidade. E vamos também às escolas e creches falar (Enfermeira).

Para os trabalhadores do nível local, é a não disponibilidade de tempo e a (não) continuidade do processo, que se apresentam como principais dificuldades, dado às experiências negativas com relação a programas, oriundos da SMS. São percepções diferentes das manifestadas pelos gestores, que consideram como entraves a alienação e resistência à mudança por parte dos

trabalhadores de saúde, os programas de educação do Estado, a mudança de paradigma e os processos avaliativos.

Percebemos que o estudante, o trabalhador, ele sempre está muito disposto a uma situação que é mais confortável, de receber as coisas prontas [...] a partir do momento que eles conseguem entender esses instrumentos e entender a proposta [...] tem um resultado mais efetivo, porque eles começam a se tornar independentes nesse processo e isso passa a ser até mais confortável. Mas, no início isso não é fácil [...] há uns três, quatro meses que foi contratada uma pessoa, justamente, pra trabalhar com isso. [...] aliás, o esboço a gente já tem, a idéia já tem. [...] Então, a questão que a gente não teve agora foi tempo. Acho que financiamento não vai ser problema [...] não envolve muito dinheiro, é um processo de trabalho. [...] essa não é uma tecnologia de insumo, ela não consome material, ela é uma tecnologia de processo, de modo de fazer as coisas. [...] que a partir desse ano agora, a gente vai ter mais condições de, inclusive, trabalhar esses outros segmentos dos profissionais. Tem uma outra dificuldade que são os programas de educação do Estado, que ainda não incorporaram a essa metodologia (Gestor 1).

A primeira delas é a quebra de paradigma. [...] A educação permanente acaba sendo um pouco subjetiva, porque, na verdade, a transformação está no dia-a-dia, no trabalho, e é difícil avaliar isso. É a longo, médio prazo. E têm pessoas que vão questionar, que não vão aceitar. O segundo ponto são os profissionais que são, eu diria, *acomodados, que não vão ter interesse*, “é efetivo, já sabe trabalhar, está aqui há vinte anos”, essa é outra dificuldade. [...] Essa estratégia exige uma avaliação constante, um acompanhamento constante e isso é trabalhoso, o que será também um entrave, talvez não pra mim que tenho interesse, ou pra outras pessoas que têm interesse em trabalhar com essa proposta (Gestor 2) (grifos nossos).

Contrastando as falas dos gestores e trabalhadores das unidades, percebemos um desencontro, uma desconfiança mútua, que carece de diálogo. Ademais, é preciso quebrar saberes cientificistas, inquestionáveis, que não respondem às necessidades de cuidado da população (dos usuários e dos trabalhadores também). Desse modo, mais um desafio é lançado, romper com posturas rígidas e (pré)-estabelecidas.

Motta (1998) aborda a problemática do poder, que na proposta da Educação Permanente em Saúde deveria ser compartilhado. Segundo o autor, estaríamos lidando com a perspectiva de viabilização de processos de educação, que possuem seu eixo estratégico, centrado no processo de trabalho. Esse processo, tendencialmente, se implantado ou implementado,

horizontaliza as ações educativas, o que diminuiria o papel do nível central, enquanto espaço maior de definição dessas políticas.

Analisamos como importantes dois aspectos na construção de projetos de Educação Permanente em Saúde e que também são salientados por Motta (1998). O primeiro trata-se de não esperar que todas as mudanças no padrão das práticas de saúde sejam atribuídas às ações propostas pela Educação Permanente em Saúde. No máximo, temos que esperar que essa funcione como uma das estratégias para o alcance das mudanças. O outro aspecto refere-se ao fato de que uma ação educativa isolada tem pouco impacto, se não for planejada como um contínuo de ações educativas, onde cada ação tem a possibilidade de gerar outras, a partir de sua reflexão no interior do processo de trabalho.

As palavras de um dos trabalhadores nos acenam com esperanças de mudanças e de possibilidades de novas aprendizagens na área da saúde.

Com certeza, à medida que a pessoa busca aprender vai sempre se modificando, em conhecimento técnico e em conhecimento humano, se é que posso fazer essa distinção. Um bom médico, um bom agente, cada um traz um conhecimento diferente, sempre tem alguma coisa a acrescentar, e com eles, eu acredito que aconteça isso. Eles falam comigo, “olha você fez de uma forma diferente, deu pra perceber”, quando chega um jornalzinho aqui eles lêem e perguntam: “ah, o que você acha disso”; e também quando chegam pessoas novas vai mudando, vai trazendo novas facilidades, de saber lidar com as pessoas (Enfermeira).

Ao finalizar este capítulo, podemos tecer algumas conclusões em relação aos resultados da pesquisa, possibilitadas e amparadas na percepção dos trabalhadores das equipes das unidades de saúde do Programa Saúde da Família.

Ao analisarmos a relação educação-trabalho, como geradora de demandas educativas, constatamos que essas se apresentam explicitamente para a maior parte dos trabalhadores, embora não esteja claro como efetivar esse processo na prática.

Existe a produção, no cotidiano das unidades de saúde, de um saber emergente, reflexivo sobre a prática com a articulação entre as categorias empíricas e as teóricas e a partir deste, embora ainda bastante incipiente, uma formação em serviço. A construção desse saber no cotidiano, embora não esteja sistematizada, pode ser vista como embrião do processo educativo proposto para a EPS. Neste caso, o processo educativo a ser desencadeado de forma planejada, sistematizada e reflexiva concorreria para a apreensão desses saberes que conseqüentemente iriam ao encontro das necessidades de formação dos trabalhadores de saúde.

Quanto aos processos educativos institucionalizados³⁵ e destinados às Unidades de Saúde, são desenvolvidos através de duas estratégias. Uma delas, que podemos considerar como educação em serviço - embora denominada de Educação Continuada - se realiza na Unidade de Saúde. A segunda constitui-se de capacitações em áreas prioritárias, planejadas e operacionalizadas pelo nível central da SMS e se aproxima do conceito de Educação Continuada.

O processo educativo que denominam de Educação Continuada - experiência divergente de como os autores e o Ministério de Saúde conceitua o termo (referido no capítulo anterior) - tem oportunizado aos trabalhadores dessas unidades, vivência em grupos de estudo e discussão sobre problemas do trabalho, busca de alternativas para as deficiências de

³⁵ Processos educativos oferecidos pela SMS.

conhecimento e espaço de troca de experiências. Consideramos essa vivência como fundamental do ponto de vista da aprendizagem para o trabalho.

Contudo, a análise deste processo mostra a não existência de planejamento, sistematização e continuidade e a ocorrência de uma relação centralizadora dentro da equipe conferida pela dominância dos saberes médicos e da enfermagem que dificultam uma participação horizontalizada.

As capacitações planejadas e operacionalizadas pelo nível central da SMS e destinadas às unidades do PSF podem ser vistas dentro do proposto pelo Ministério da Saúde em relação ao fomento de metodologias educacionais, voltadas para a Educação Continuada dos trabalhadores. O Ministério da Saúde estimula-as com o propósito de qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS, tendo-as como uma das principais estratégias de estímulo aos processos de educação para o trabalho em saúde (BRASIL, 1996b, 2004a).

Embora importantes para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde, objetivando capacitá-los para as práticas, a forma como tem sido planejada e operacionalizada, caracteriza-a como prática centralizadora por parte do nível central do SMS. Ao concentrar as definições sobre este processo no nível central da SMS, sem que se promova uma participação dos trabalhadores no planejamento, formulação dos temas e conteúdos dessas capacitações desvincula-se estas das práticas concretas das Unidades de Saúde e das necessidades sentidas, como foi referido pelos trabalhadores. Em suma, o planejado não contempla muito dos problemas vivenciados pelas equipes da Saúde da Família, e muitas vezes, parecem distanciados das prioridades colocadas pelas necessidades locais.

Ademais, as capacitações caracterizam-se por serem pontuais, dirigidas a determinados trabalhadores - como médicos e enfermeiros, não abrangendo todas as categorias profissionais ou a equipe de trabalhadores como um todo. Também são consideradas pelos trabalhadores como descontínuas. Isso os têm mobilizado na busca por uma maior continuidade desse processo, em razão da importância que eles conferem à aquisição de conhecimentos.

Os processos educativos, embora não abarquem totalmente as diretrizes propostas para a Educação Permanente em Saúde, deixando de contemplar aspectos fundamentais, como a participação democrática e o empoderamento dos trabalhadores, e outros aspectos mencionados acima, podem constituir-se na base da promoção da aprendizagem no trabalho. As distintas estratégias podem articular-se no desenvolvimento de um projeto integral, onde a instância de educação no trabalho combina-se à instância de capacitação em uma área prioritária.

Além disso, analisamos como necessária uma melhor estratégia de construção desses projetos educativos no sentido de aproximá-los das reais necessidades sociais, ampliando o conhecimento em direção a produção da saúde, que não se dá apenas em função da prevenção e da clínica, mas sobretudo da promoção, para abranger além do biológico, os outros aspectos econômicos e sociais.

Na prática dos trabalhadores não há a percepção de como o social e o biológico estão imbricados no processo de saúde/doença. É importante conceber e incorporar o social como dimensão importante desse processo e percebê-lo no plano da realidade histórica, socialmente construída, identificando-o no indivíduo. Visualizá-los como expressão dos processos sociais na coletividade. Esta compreensão levará a um melhor entendimento do processo educativo

direcionado à população. O que se tem objetivado são mudanças de comportamento da população considerados incompatíveis com a saúde e a prescrição de outros tecnicamente mais corretos. Não é promovida a participação do usuário como sujeito no processo educativo. O conceito de empoderamento pode contribuir para superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os trabalhadores e usuário e entre os próprios trabalhadores.

Na mesma linha de pensamento, quando falamos da Educação Permanente em Saúde, estamos nos referindo a um processo que, tendencialmente, se implantado ou implementado, horizontaliza as ações educativas.

Outro aspecto a ser analisado diz respeito à existência de um conhecimento teórico sobre a intervenção a partir da definição de problemas no território. Conhecimento esse que na prática cotidiana não tem sido aplicado. Ressaltamos a necessidade do conhecimento das realidades locais como um parâmetro importante na construção de processos educacionais.

É preciso atentar ainda para o fato de que os processos educativos, como estão sendo concretizados nas Unidades de Saúde, reiteram a fragmentação do conhecimento. Tal fragmentação pode ser ultrapassada quando se compreende a pluridimensionalidade das questões concretas das unidades de saúde. Nesse sentido, é necessário compreender e articular o sujeito que processa o trabalho e o que processa o estudo e sua forma de atuação interdisciplinar e interprofissional.

Vale ressaltar a necessidade de considerar outros aspectos, além do saber-fazer e da prática clínica, aprendizado frequentemente relatado como necessário pelos trabalhadores, como os

conhecimentos a serem adquiridos sobre as relações entre os trabalhadores e entre estes e usuários. O processo educativo deve promover a atitude de acolhimento, do cuidado e do empoderamento, fundamental para a mudança do sistema de saúde.

Destacamos entre as inúmeras ferramentas de intervenção existentes nessas unidades de saúde, o acolhimento que vem sendo utilizado como forma de propiciar o acesso dos usuários e responder suas demandas.

Apesar de não existirem documentos de referência em nível municipal sobre Educação Permanente em Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros iniciou o processo de implantação através da Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, realizada em dezembro de 2005 e tem o propósito de criar uma quarta gerência, a Gerência de Gestão de Trabalho e Educação Permanente em Saúde. Isto caracteriza, de certa forma, um valor importante atribuído ao desenvolvimento dessa estratégia.

Entretanto, há um quase total desconhecimento por parte dos trabalhadores sobre a EPS, o que pode se justificar pela não implantação da mesma em sua essência pela SMS. Nem mesmo o discurso político sobre essa estratégia tem chegado aos espaços de sua destinação - os trabalhadores das Unidades de Saúde. Ressalte-se que não possuem informações sobre a EPS, mesmo considerando que tenha sido ampliada a participação da sociedade no debate sobre o Sistema de Saúde, embora a EPS seja uma Política Nacional desde 2004 e tenha como pressuposto na sua construção a participação dos trabalhadores. Com isso, é reforçado o distanciamento entre política e atores, ou melhor, entre formuladores e executores. É preponderante, como coloca Mota (1998) que as propostas de Educação Permanente em Saúde devem buscar estabelecer mecanismos para a ausculta das demandas e de socialização das discussões e formulações políticas.

Uma das maiores potencialidades da Educação Permanente em Saúde estar em promover no espaço de relações de trabalho e de formação uma integração/articulação – em uma rede – entre o conjunto das unidades do PSF existentes no município e entre cada uma delas e seu território. Este espaço de integração/articulação nas Unidades de Saúde do PSF, com a mediação estratégica da SMS pode servir de base para a construção compartilhada de conhecimentos, bem como para a construção de uma assistência integral, holística e humanística à saúde da população.

A guisa de conclusão, podemos destacar a relevância do componente educativo nas equipes do PSF, ainda que ocorram contradições no processo como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa trajetória, do início ao fim deste escrito, foi ao mesmo tempo espinhosa e gratificante. Propomo-nos a investigar a proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros em Educação Permanente em Saúde para as Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família. Para tanto seguimos a trilha da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, política direcionada pelo Ministério da Saúde aos municípios brasileiros, com vistas a sua implantação.

O caminho percorrido permitiu compreender a inter-relação entre saúde e desenvolvimento social e que a mais importante contribuição da saúde no sentido do desenvolvimento está na formação de indivíduos, enquanto coletivos - trabalhadores e usuários. Isso implica concebê-los como sujeitos sociais, propiciando que assumam, em cada lugar e no cotidiano institucional e domiciliar, seu lugar na luta por um mundo mais justo, principalmente em relação às condições de saúde da população. Podem fazê-lo a partir da Educação Permanente em Saúde, que se propõe a contribuir na formação de trabalhadores e usuários no sentido do empoderamento, da autonomia, de um saber livre e criador, que transforme o processo de trabalho e promova a integralidade da atenção a saúde, o cuidado responsável, o vínculo com o usuário. Entre os desafios a serem superados estão os modelos tradicionais, médicos centrados, curativos, hospitalocêntricos, que tentamos analisar em sua conformação e repercussão no modelo atual.

Num outro momento durante esse percurso, apreendemos o conceito do processo de trabalho e do processo educativo em saúde. Ademais, refletimos como esses se entrelaçam na

Educação Permanente em Saúde, e como podem caminhar juntos, na tentativa de romper com o modelo médico curativo e buscar o cuidado, o vínculo, o empoderamento, a autonomia dos trabalhadores e usuários.

Posteriormente, surgiu a indagação: o que pensam os trabalhadores de saúde sobre os processos educativos e os processos de trabalho na saúde? Como vivenciam este mundo novo que podem criar na saúde a partir desses processos? Para investigar essas questões, optamos pelo método qualitativo, que propõe dar voz aos sujeitos que materializam os processos educativos nas Unidades de Saúde estudadas.

Acreditamos que este estudo se constitui em mais um passo na direção do aguçar e suscitar novos questionamentos sobre a Educação Permanente em Saúde no PSF em Montes Claros.

É evidente que se fazem necessários novos saberes, sem discriminação, para enfrentar o cotidiano da saúde, sem as dificuldades das segmentaridades duras, o desafio da globalidade e da complexidade, que permitam levar o acolhimento ao usuário, a satisfação de suas necessidades sem medo de errar. Saberes que propiciem aos trabalhadores de saúde apreender os objetos em seu contexto, a preparar para o inesperado, para enfrentar as incertezas, que os tornem capazes de lidar com a condição humana, respeitando as diferenças, a vida humana e o outro. Saberes que os tornem capazes de diminuir as desigualdades e que permita alcançar, quem sabe, o desenvolvimento social. Todo lugar pode ser ou tornar-se o lugar do saber, desde que nos tornemos disponíveis para aprender, para trocar, para reinvestir o antigo com o melhor que há no novo.

Podemos construir o saber na saúde, partindo de cada domicílio, de cada lar. Todavia, só o conseguiremos se levarmos ao mesmo tempo o acolhimento, o diálogo, a convicção de que cada um é um sujeito social, com um saber, que ajudamos a dar voz. A Educação Permanente em Saúde é isso - estratégia para a busca de um saber libertário. Insuficiência dos saberes fragmentados – compartilhados por disciplinas, isolados e hiper-especializados, programas verticalizados, e todas as outras dificuldades a serem enfrentadas indicam que é preciso caminhar. Caminhar é um processo, e no caminho sempre encontraremos diferentes paisagens, mas esse se torna mais claro, se são iluminados pelas bússolas e lanternas da participação.

Nossa observação final é que se crie um amplo diálogo, constante e diário, a partir do cotidiano, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários, contemplando cada ação, cada prática de saúde, cada rincão deste município, onde possa existir uma troca de aprendizagens, ensinamentos e experiências conjuntas, partindo do pressuposto que todos são iguais e desempenham tarefas fundamentais no ato de cuidar, assistir e promover a saúde. Assim, teremos condições favoráveis de alcançar uma Educação Permanente em Saúde. Porque Educação Permanente em Saúde não é método, não é técnica, não é lugar, ela é processo de encontro e troca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, T.W. **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez/Unicamp, 1985.

AROUCA, A. S. **Democracia é Saúde**. In: Anais. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS/CD, 1986.

ARROYO, Michel G. **Trabalho – Educação e Teoria Pedagógica**. In: Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final de Século. Petrópolis: Vozes, 2000, p.138-165.

ARRUDA, B.K.G. **Introdução**. In: Arruda, B.K.G. (Org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (MIP), Ministério da Saúde, 2001, p. 20-21.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, Rosane. **O impacto do crescimento econômico e de redução no grau de desigualdade sobre a pobreza**. Rio de Janeiro: IPEA, 1997. Texto para Discussão, 528.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS - 01/1993a**.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**. Ministério da Saúde. Brasília, 1993b.

_____. Ministério da Saúde. **A Questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília, 1993c.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde**. Conferência proferida por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília. 05 a 08/08/1975. Cadernos RH Saúde. Brasília, 1993 d.

_____. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde**. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração Sadsvall; Declaração Santa Fé de Bogotá**. Brasília, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde-Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS-Terceira Versão Preliminar**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 198/GM/MS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, 2004b.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. Rev. Ser Social, Universidade Nacional de Brasília (UNB), n.10, Brasília, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Gastão Wagner S. **Saúde paidea**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARMO, Paulo Sergio. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CARVALHO, Edgard de Assis. **Mal-estar civilizatório e ética da compreensão**. São Paulo: Perspec. July/Sept. 1999, vol.13, nº.3, p.24-28. ISSN 0102-8839.

CARVALHO, Sergio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança.** Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo: 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. **Equipe de saúde: A Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos.** In: Cuidado–As Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004, p. 259-278.

_____. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.16, CARVALHO,161-77. Setembro/Fevereiro, 2005.

_____. **Réplica.** Interface Comunic, Saúde, Educ., vol.9, n.16. Sept. /Feb. 2005, p.175-177. ISSN 1414-3283.

_____. **Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva.** 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/CeccimRB.pdf>. Acesso em 05 dezembro de 2005.

_____. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** Ciência. Saúde Coletiva, vol.10, n.4, Out./Dec. 2005 p.975-986. ISSN 1413-8123. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 05 de janeiro de 2006.

CECÍLIO, L.C.O. **Modelos tecno-assistenciais: pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada.** Cadernos de Saúde Pública, v.13, n.3, Rio de Janeiro: 1997, p. 469-478.

_____. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

COHN, A., NUNES, E., JACOBI, P. & KARSCH, U.S. **A Saúde como Direito e como Serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

CURY, C. J. **Educação e Contradição.** São Paulo: Cortez, 2000.

DAMASO, Romualdo. **Saber e práxis na Reforma Sanitária: Avaliação da Prática Científica no Movimento Sanitário.** In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. (Org) FLEURY, Sonia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

DAVINI, M.C. **Prácticas Laborales em los Servicios de Salud: las Condiciones Del Aprendizaje.** In Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos, número 100. Organización Panamericana de la Salud. EUA:1994

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs** vol. 2. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DELUIS, Neise. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo.** Informativo do SENAC, 1995. Disponível em <http://www.Senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm>. Acesso em: 16 Nov. 2004.

_____. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho.** In: Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFÁE. Brasília: 2001. Disponível em <http://www.saude.gov.br/profae>. Acesso em: 16 Nov. 2004.

DEMO, P. **Questões para a teleeducação.** Petrópolis: Vozes, 1998

DOWBOR, Ladislau. **A Reprodução social: propostas para uma gestão descentralizada.** Petrópolis: Vozes, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FEUEWERKER, Laura Camargo Macruz & SENA, Roseni. **A Construção de Novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social.** In: ALMEIDA, Márcio et al. (Org.) **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: Teoria e Prática de um Movimento de Mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999, p. 47-82.

FEUEWERKER, Laura Camargo Macruz & ALMEIDA, Márcio. **Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva and MERHY, Emerson Elias. **"User embracement" and the working process in health: Betim's case, Minas Gerais, Brazil.** Cad. Saúde Pública, Apr./June 1999, vol.15, no.2, p.345-353. ISSN 0102-311X.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Assistencial.** In: O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JUNIOR Helvécio M.. **Integralidade na Assistência a Saúde: A organização das linhas do Cuidado.** In: O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Educação como práticas de Liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação e Mudança.** 24ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação, Crise do Trabalho Assalariado e do desenvolvimento: Teorias do Conflito.** In: Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final de Século. 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000.

FULLAT, Octávio. **A Educação Permanente.** Tradução de José Francisco Ribeiro e Irineu Garcia. 150 p. Rio de Janeiro: Ed. Salvat Editora do Brasil, 1979.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO-IPEA. **Condições de Vida nos Municípios de Minas Gerais-1970-1980-1991.** MG: 1996.

FURTER, Pierre. **Educação e Vida.** 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1972.

GADOTTI, Moacir. **Escola Viva, Escola Projetada.** 2. ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOULART, Flavio A.A. **Pólos de Educação Permanente em Saúde: Desvios e Ilusões do que poderia ter sido uma boa idéia.** Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEM-Rede Brasil. 16 Nov. 2004.

HADDAD, Jorge Q.; ROSCHKE, Maria Alice Clasen & DAVINI, Maria Cristina. **Educação Permanente e Trabalho em Saúde: Um Processo em Construção**. Tradução: Murilo da Cunha Wanzeler – UFPB-NESC, do original Educación Médica y Salud, vol. 27, no.4, Out./Dec de 1993, 06/1999.

HADDAD, J.; PINEDA, E. P. **Educación permanente de personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud**. Serie de Publicaciones Científico-Técnicas OPS, n. 17. 1997.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil 1996**. Rio de Janeiro: IPEA Brasília, D.F.: PNUD, 1996.

KERN, V. M.; SARAIVA, L.M. **Aplicação da revisão pelos pares no ensino de graduação**. **Alcance**. Itajaí: v. ano VI, no. 3, 1999.

KLIKSBERG, B. **Como reformar o Estado para enfrentar os desafios do século XXI?** In: Falácias e Mitos do desenvolvimento Social. São Paulo: Cortez, 2001.

KUENZER, Acácia Zeneida. **Desafios Teórico-Metodológicos da Relação Trabalho-Educação e o Papel Social da Escola**. In: FRIGOTTO, G. Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final de Século. Petrópolis, RJ: Vozes, p.55-75, 1998.

LINS, Auristela Maciel, LUQUE, A L., RUBIO, M. S. A **Construção de Parcerias e Alianças: Reflexão e Aprendizado**. In: ALMEIDA, Márcio et al. (org) A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: Teoria e Prática de um Movimento de Mudança. São Paulo; Hucitec, 1999.

MACHADO, M.H. **Macro-micro: os novos desafios da sociologia e os efeitos no campo da saúde**. In Canesqui AM (Org.) Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO Roseni & GUIZARDI, Francini Lube. **As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MARTINS, André. **Novos paradigmas e saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.9, n.1. Rio de Janeiro: IMS/Ed. UERJ, 1999.

MARX, Karl; ENGEL, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Coleção Ridendo Castigat Mores. autorização Nelson Jahr Garcia. VirtualBooks Formato: e-book/PDF Código: CRCMIDA000018, 2000. p.17. Disponível em: www.virtualbooks.terra.com.br/freebook/colecaoaridendo/a_ideologia_alema.htm. Acesso em 04/10/2005.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos (Terceiro manuscrito)**. In: Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p. 3-48.

MATTOS, Ruben Araujo. **Cuidado Prudente para uma Vida Decente**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. Hucitec – ABRASCO, 1994.

MENDES, VILAÇA, E. **O processo social de distritalização da Saúde**. In: MENDES, E. V. (Org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994.

_____. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec – ABRASCO, 1996.

MERHY, E. E., CHAKKOUR M, STÉFANO E, SANTOS CM, RODRIGUES RA, OLIVEIRA P.C.P. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: MERHY EE, ONOCKO R, (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 113-50.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida...** In: CECILIO L.C.O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: REIS, A. T. (Org.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

_____. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde.** Interface - Comunic, Saúde, Educ. V.6. fevereiro, 2000.
Disponível em <http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>. Acessado em 04 de janeiro de 2006.

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

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MOTTA Jose Inácio Jardim. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso.** Dissertação (Mestrado Educação em Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 1998.

MOTTA, José Inácio J. BUSS, Paulo; NUNES, Tânia C. M. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde.** Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria Executiva Da Rede Ida - Brasil, 2003.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O Trabalho em Serviços de Saúde.**
Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicações/textos. Acesso em 15 de Nov. 2005

_____. **Emprego em Saúde por Natureza Jurídico-Administrativa dos Estabelecimentos, 1981-1987.** RH-SUS. Boletim Informativo. MS, Brasília, 1992, 1(1): 8-9.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989.** 1998. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

_____. **Educação Continuada: Uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS.** Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/ Abril. 1993.

OLIVEIRA, J. A A; TEIXEIRA, FLEURY S. (Im) **Previdência Social: 60 anos de historia da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. BRASIL. **Renovação da Estratégia de Saúde Para Todos. Elaboração de uma Política de Equidade, Solidariedade e Saúde.** Brasília. Rio de Janeiro: OPS- BRASIL e FIOCRUZ, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: As Lições Aprendidas ao Longo de 25 Anos e os Desafios Futuros.** Washington, D.C, EUA, junho de 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/ce>. Acesso em 25 Fev. 2005.

PAIM, J. S; NUNES, T. C. M. N. **Contribuições para um Programa de Educação Continuada.** Cadernos de S. Pública. V.8. nº. 03. Rio de Janeiro. Julho a setembro. 1992

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Desenvolvimento e Crise no Brasil - História, Economia e Política de Getúlio Vargas a Lula.** São Paulo: Editora 34, 2003.

PINHEIRO, Roseni **As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde:** um campo de estudo e construção da integralidade. In: ROSENI Pinheiro e RUBEN A. de Mattos (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e prática em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

PINHEIRO, Roseni e GUIZARDI, Francine L. **Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano.** In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família-PROESF.** Divisão de Coordenação do Programa Saúde da Família. Montes Claros: 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Avaliação de Impacto. Programa Saúde da Família-PROESF. Período 2003-2004.** Documento de Circulação Interna a SMS. Divisão de Coordenação do Programa Saúde da Família.. Montes Claros: Julho 2004.

RIBEIRO, E.C.O. & MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente como Estratégia na reorganização dos Serviços de Saúde.** Saúde Para Debate, n.12, julho/1996.

RIBEIRO E.M. ; PIRES D. ; BLANK V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública v.20 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2004.

RICAS, J. **A Deficiência e a Necessidade: Um Estudo Sobre a Formação Continuada de Pediatras em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Tese (Doutorado Pediatria)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1994, 232 p.

ROMÃO, José Eustáquio. **Educação Profissional no Século XXI.** Boletim Técnico do Senac. São Paulo: V. 28, n. 3, 2002.
Disponível em < www.senac.br/informativo/bts/index.asp. > . Acesso em 30 nov. 2005.

ROVERE, M.R. **Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud.** In Educación Permanente de Personal de Salud. Serie desarrollo de recursos humanos. Nº100, 1994.

ROSCHKE M. A. C.; DAVINI M. C.; HADDAD J. Q. **Educação Permanente e Trabalho em Saúde: Um Processo em Construção.** Trad: Murilo da Cunha Wanzeler – UFPB-NESC, do original Educación Médica y Salud, vol. 27, Nº. 4, outubro e dezembro de 1993, em 1999.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade.** São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** Rio de Janeiro: Graal, 2000.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal.** Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, R. C. N. **A história do Projeto Montes Claros.** In: A Utopia Revisitada. (FLEURY, Org.). Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

SAVIANI, D. **As Teorias da Educação e o Problema da Marginalidade.** In: Escola e Democracia. Campinas: Ed. Autores Associados, 2003.

_____. **Pedagogia Histórico-Crítica: Primeiras Aproximações.** São Paulo: Autores Associados, 1994.

SCHRAIBER, Lilia B. **Educação Médica e Capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista.** Rio de Janeiro: Hucitec, 1989.

_____. **No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina.** Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.1, 1997.

Formatiert: Nicht Höhergestellt durch / Tiefergestellt durch

SCHRAIBER, Lilia B. & MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Necessidades de Saúde e Atenção Primária**. In: SCHRAIBER, Lilia B. et al. (Org.) Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento com Liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

SILVA Junior, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 1998.

SILVA Junior, A. G. & MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e metodológicos**. In: Cuidado–As Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

SOUZA, Maria de Fátima. **A Cor Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2003.

SPOSATI, Aldaíza. **Globalização da economia e processos de exclusão social**. In: Capacitação em Serviço Social e política social: Módulo 01: Crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato. **Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber**. Tese [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 214 p.

TEIXEIRA, Fleury S. **Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. (Org) Fleury, Sonia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

_____. **Montes Claros: A Utopia Democrática**. In: Fleury, Sonia. (Org) A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

_____. **Introdução**. In: Saúde e Democracia. A Luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I

Roteiro Semi-Estruturado para Entrevista com os gerentes do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

1. Existem programas, propostas, projetos educativos na SMS dirigidos aos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família? A partir de que referências se constroem esses projetos educativos?
2. Como os problemas gerados pelo trabalho nas unidades do Programa Saúde da Família são interpretados enquanto demandas educacionais?
3. Existe um Programa, Projeto ou Proposta de Educação Permanente em Saúde na SMSAU para o programa Saúde da Família? Quais são suas diretrizes? Está sendo operacionalizado? Como?
4. Quais têm sido as principais dificuldades para elaboração, implantação e implementação de programa ou projeto de Educação Permanente em Saúde no Programa Saúde da Família?

APÊNDICE II

Roteiro Semi-Estruturado para Entrevista com os trabalhadores de saúde das equipes do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

E:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

CARGO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: RESIDÊNCIA / ESPECIALIZAÇÃO / ESTÁGIOS

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

DATA DE ENTRADA NO SERVIÇO PÚBLICO:

TEMPO DE TRABALHO NESTA UNIDADE:

1) Para você quais são os objetivos do Programa Saúde da Família e qual é a importância do seu trabalho para o alcance destes objetivos?

2) Quais são os principais problemas que existem para você desenvolver seu trabalho? Como você os identifica e busca resolvê-los?

3) Esses problemas que você encontra em seu trabalho são transformados em programas educativos em sua unidade? De que forma? Se não, por quê?

4) Para você há formação, isto é, produz-se um saber no cotidiano de sua prática? Em caso afirmativo, como isso acontece? Há troca de saberes dentro da equipe?

5) A gerência do Programa de Saúde da Família da SMS tem propostas educativas para os trabalhadores desta unidade do Programa de Saúde da Família? Você sabe por que e como elas são programadas? Elas respondem aos problemas do seu trabalho? Como estão sendo operacionalizadas? Descreva-as. Qual a relação existente entre as propostas educativas originadas na gerência da SMS e os problemas do seu trabalho?

6) O que é para você um programa de Educação Permanente em Saúde?

ANEXO I**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Título da pesquisa: “Educação Permanente no Programa Saúde da Família em Montes Claros: Intenções, Realidades e Possibilidades”

Instituição promotora:

Patrocinador:

Coordenador: Alcione Gonçalves Ribeiro Vieira

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Analisar as experiências de Educação Permanente em Saúde no Programa Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município de Montes Claros.

2- Metodologia/procedimentos

O estudo tem caráter exploratório de natureza descritiva e analítica, utilizando-se a análise qualitativa no alcance dos objetivos propostos. A população alvo da pesquisa são gestores do Programa Saúde da Família (PSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e trabalhadores de saúde de duas equipes do Programa Saúde da Família deste município, nas categorias profissionais de nível médio e superior de escolaridade, envolvidos nas atividades de saúde. A investigação assenta-se na percepção dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho e educação. Será realizada, utilizando entrevista semi-estruturada seguindo Roteiro de Entrevista.

3- Justificativa

As experiências sobre Educação Permanente têm sido estimuladas pelo Ministério da Saúde e por organizações internacionais como a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), no sentido de divulgar e trocar experiências, com a premissa de que a constituição e a construção contínua de novos e críticos saberes sobre saúde e processos educativos requerem uma leitura da realidade presente em nível local. O objetivo deste estudo é a análise dos processos educativos nos processos de trabalho e a experiência sobre Educação Permanente em Saúde no PSF em Montes Claros.

4- Benefícios

Contribuir para o entendimento sobre a estratégia Educação Permanente e para a ultrapassagem das dificuldades presentes em sua implantação no Programa Saúde da Família no Município de Montes Claros.

5- Desconfortos e riscos

Não existem.

6- Danos

Não existem.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Pesquisa em fontes escritas, seminários sobre o tema.

8- Confidencialidade das informações

As informações obtidas serão consideradas confidenciais.

9- Compensação/indenização

Não existem.

10- Outras informações pertinentes

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Data

Nome do coordenador da pesquisa

Assinatura do coordenador da pesquisa

Data

Formatiert: Nicht Schattiert

Formatiert: Schriftart: Fett,
Nicht Schattiert

ANEXO II

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros-



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO**Processo nº270**

Montes Claros, 19 de Dezembro de 2005

Título do Projeto de Pesquisa: Educação Permanente no Programa Saúde da Família em Montes Claros: Intenções, Realidades e Possibilidades

Pesquisador : Profª Alcione Gonçalves Ribeiro Vieira

Relator: Profª Patricia Fernanda Gonçalves Bessa

Histórico

Visando alcançar um melhor resultado nos trabalhos prestados pelas equipes que atuam no Programa Saúde da Família, faz-se necessário uma formação/educação permanente dos profissionais de saúde atuantes nessa equipe. Nesse processo educacional permanente o trabalho e a formação caminham juntos e, o processo educativo modifica e é modificado pelo processo de trabalho, estabelecendo assim uma melhor relação profissional/usuário. Tal proposta de educação permanente teria como resultado um profissional com novo perfil que, além do vínculo com o usuário, transcenda o exercício hegemônico centrado exclusivamente no ato prescritivo e na produção de procedimentos, modificando assim as práticas dos profissionais de saúde.

Mérito

Trata-se de um projeto cujo mérito reside na análise das intenções, realidades e possibilidade de uma educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no Programa Saúde da Família, em Montes Claros. Objetiva conhecer e analisar a experiência dessa educação permanente em saúde no Programa Saúde da Família nesse município, analisando as propostas da Secretaria Municipal de Saúde em relação a essa educação permanente. Visa ainda analisar, sob a percepção do trabalhadores de saúde dessas equipes, como se relacionam as experiências de aprendizagem com os problemas da prática da saúde, como são compartilhadas as experiências e conhecimentos acumulados e, se esse processo educativo tem contribuído para melhoria da qualidade da assistência em saúde. Justifica-se esta pesquisa pela inexistência de estudos no município de Montes Claros sobre a experiência da educação permanente no Programa Saúde da Família, propiciando um incremento científico, além de auxiliar no planejamento dos processos educativos nesse município.

A presente pesquisa não acarreta riscos para os participantes e os mesmos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução CNS 196/96, que foi apresentado em anexo.

Parecer: O Comitê de Ética analisou o processo nº 270 e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela APROVAÇÃO do projeto.

Profª Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes