UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**A REFORMA SANITÁRIA E A EDUCAÇÃO CONTINUADA:
A IMPORTÂNCIA DO INVESTIMENTO NOS RECURSOS HUMANOS
DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE**

Cláudia Maria Bógus
CAC

Dissertação apresentada à
Faculdade de Saúde Pública,
Departamento de Prática de Saúde
Pública, para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: *Marcia Faria Westphal*

SÃO PAULO

1 9 9 2

AGRADECIMENTOS

À *Marcia Faria Westphal* pelo estímulo e apoio à minha vida acadêmica e pela dedicação e carinho com que orientou este trabalho.

A todos os funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista no período de agosto de 1989 a setembro de 1991, em especial à assistente social *Elizabeth Marlene Fernandes* e ao diretor *Silvio Fossa*.

À *Ivany Abranches Pares de Oliveira, Maria Emilia Rafael Moraes, Etevaldo Sousa dos Santos e Maria do Carmo Medeiros*, sempre prestativos na digitação.

À *Suzete Costa Barini* pela orientação quanto às referências bibliográficas.

À *Cornélia Frota Ferreira* pela redação do resumo em inglês.

À *Meri Aparecida de Sordi, Regina Claudia Cirullo e Ivany Abranches Pares de Oliveira* pela transcrição das fitas gravadas.

À *Valdívia Moreira Romariz* pela colaboração.

À *Ana Cecília, Miriam e Mônica* pela amizade de sempre.

À *Jô* pela compreensão e confiança.

A *José Maria* e *Sônia*, de certa forma responsáveis pelo meu encaminhamento para a saúde pública.

Aos *meus pais* e *meu irmão* pelo apoio constante.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* pela bolsa de estudos nos dois primeiros anos do curso de Mestrado.

À *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo* e ao *Instituto de Saúde* pelo financiamento de parte do projeto "*Os Movimentos Sociais e as Políticas Municipais de Saúde*", que serviu de base para este trabalho.

APRESENTAÇÃO

A minha formação básica de pedagogia encaminhou-me, dentro da saúde pública, para a área de educação em saúde.

Já no trabalho em escolas interessava-me atuar junto aos funcionários, nas relações interprofissionais e interpessoais que se estabelecem internamente em qualquer instituição, com a convicção de que isto facilitaria o desempenho destes profissionais nas suas funções junto à clientela, no caso a população escolar. Aliada a este interesse existia também a preocupação em trabalhar com a questão do compromisso profissional que, segundo o próprio Paulo Freire, deve ser inerente ao trabalhador social.

Ao passar a atuar na saúde pública a essência dessas questões permaneceu e passaram a ser vistas, então, à luz das propostas defendidas pela Reforma Sanitária que pretendem, em última instância, a transformação das relações entre os profissionais de saúde e a população.

Enquanto aluna de pós-graduação foi-me oferecido desenvolver os créditos de estágio no Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista num trabalho de diagnosticar possíveis necessidades daquele serviço que pudessem apontar na direção de um trabalho de educação em saúde. O que se encontrou foi a necessidade de um trabalho que se voltasse para as questões internas da instituição. Isto veio de encontro com os antigos interesses já descritos e permitiu o

desenvolvimento deste trabalho voltado para a educação continuada.

A bagagem da área educacional embasou este trabalho no sentido de conduzi-lo dentro de uma proposta pedagógica problematizadora e transformadora que contemplasse a discussão do compromisso profissional, das relações internas conflituosas entre as diferentes categorias profissionais e da cidadania da população usuária do serviço.

A vivência da experiência descrita neste trabalho reafirmou a convicção da importância do investimento no setor de recursos humanos nas áreas sociais. Este trabalho também permitiu explicitar um dos papéis do educador de saúde pública: o de garantir espaço para a reflexão dos profissionais sobre as relações interprofissionais e interpessoais que se estabelecem dentro da instituição e que, de uma forma ou de outra, definem o relacionamento e o caráter educativo deste, entre a equipe de saúde e a população.

Ainda hoje a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde estão em processo de implementação e mesmo o texto legal é incompleto e impreciso causando dúvidas e dando margem a confrontos com outras propostas.

Este trabalho insere-se neste contexto: é um projeto de intervenção acontecendo numa realidade em transição.

O macro contexto em que se coloca este trabalho está descrito no capítulo I, em que os avanços e os percalços da Reforma Sanitária são apresentados. Nos capítulos II e III está descrita a proposta de intervenção que pretendeu verificar, a nível micro, algumas das proposições teóricas colocadas pelo movimento sanitário brasileiro. No capítulo IV está o estudo propriamente dito e no capítulo V estão as conclusões e recomendações.

Ao se tentar conhecer um micro contexto, fazendo um estudo de uma realidade municipal, pode-se caracterizar este trabalho como de análise conjuntural: como se dá a implantação da Reforma Sanitária num município pequeno, onde a própria municipalização da saúde pode ganhar contornos diferentes dos previstos, por reforçar o poder local que nem sempre coloca-se dentro da mesma lógica pretendida pelo movimento da Reforma Sanitária. Neste sentido, o trabalho procura mostrar os avanços que têm sido possíveis nesse processo em Vargem Grande Paulista e, especificamente, como os funcionários têm vivenciado este momento conturbado dentro do nosso sistema de saúde.

Além de uma análise conjuntural, também caracteriza este trabalho uma busca de aproximação entre a teoria e a prática, ao se discutir a aplicabilidade de alguns conceitos e modelos.

Finalmente, é preciso ressaltar que a escolha da área de recursos humanos como campo de atuação, relaciona-se com a forte convicção de que este é um dos aspectos principais que precisa ser equacionado para a efetiva transformação dos serviços públicos de saúde no Brasil.

R E S U M O

Tendo em vista as transformações propostas na Reforma Sanitária brasileira e institucionalizadas na Constituição de 1988, de democratização das ações de saúde, foi realizado este trabalho, com o objetivo de testar um programa de educação continuada.

Constitui-se num estudo qualitativo, longitudinal, do tipo pré-experimental, com avaliação diagnóstica e avaliação final, que procurou abarcar a complexidade de todo o processo educativo desenvolvido e os fatores intervenientes.

O programa foi planejado e desenvolvido de modo a proporcionar oportunidade e facilitar a discussão junto da equipe de saúde, a respeito da sua participação no planejamento das atividades do serviço e no gerenciamento do mesmo, bem como tratar de outras questões detectadas como de interesse do grupo de funcionários na avaliação diagnóstica inicial.

A avaliação final permitiu identificar várias dificuldades para a operacionalização de programas de educação continuada a nível local. Demonstrou a existência de um distanciamento entre as discussões que ocorrem nos níveis mais centrais e as práticas desenvolvidas na ponta do sistema de saúde, fortalecendo a convicção da necessidade de

que programas deste tipo sejam realizados em todos os municípios e em todos os serviços.

Também foi possível concluir que o investimento na área de recursos humanos, através do estabelecimento de diretrizes para a área de formação de pessoal e desenvolvimento e definição de legislação e regulamentação para as questões de carreira, cargos e salários, é essencial para a implantação do Sistema Único de Saúde segundo os pressupostos defendidos pela Reforma Sanitária.

S U M M A R Y

Taking in view the alterations concerning the democratization of health actions proposed before the Brazilian Sanitary Reform and institutionalized in the 1988's Brazilian Constitution, the present paper aimed to put to the test a program of continuing education.

It constituted itself of a qualitative, longitudinal, pre-experimental study, with diagnostic and final evaluations, intended to grasp the complexity of the whole educative process involved in, as well as its intervenient factors.

The program was planned and carried out in such a way to provide opportunity for and facilitate the health team's discussion related to its participation in the planning and management of activities of the service, as well as the handling of other questions detected as of the interest of the group of officers by the time of the diagnostic evaluation, made at the beginning.

The final evaluation has allowed the identification of several difficulties for putting into operation programs of continuing education at local level. It disclosed a gap between the discussions occurring at the more central levels of the health system and the practices performed at the end of it, enhancing the conviction that programs of this type must be carried out in all municipalities and services.

From the results of the study, it was also possible to conclude that investments in human resources, through the establishment of guidelines for the area of education and improvement, as well as a clear definition concerning legislation and statutory policies for questions related to career, position and salary, are essential for the actual implantation of the Brazilian Unified Health System, according to the presuppositions advocated by the Sanitary Reform.

Í N D I C E

	PÁGINA
CAPÍTULO I - A Reforma Sanitária brasileira, a questão dos recursos humanos e a educação em saúde	1
1. A Reforma Sanitária brasileira	1
1.1 Contexto histórico em que foi desencadeada a Reforma Sanitária	1
1.2 Paradigmas teóricos.	9
2. A questão dos recursos humanos	15
2.1 A política de recursos humanos na América Latina, no Brasil e no Estado de São Paulo	15
2.2 Problemas sentidos e soluções propostas.	22
3. A educação continuada como estratégia educativa em saúde	33
CAPÍTULO II - O problema e o estudo proposto	38
1. O problema	38
2. Pressupostos orientadores do estudo.	39
3. Justificativa para escolher a área de estudo.	39
4. Área de estudo	40
5. Objetivos gerais e específicos	43

CAPÍTULO III - Metodologia	45
1. Modelo de avaliação.	45
2. Metodologia qualitativa.	45
3. População de estudo.	51
4. Avaliação diagnóstica inicial.	52
5. Programa de educação continuada.	61
5.1 Pressupostos	61
5.2 Execução	66
6. Avaliação final.	69
CAPÍTULO IV - O Estudo	71
1. Categorias de análise para avaliação dos resultados obtidos	71
2. Avaliação diagnóstica inicial.	72
3. Programa de educação continuada.	100
4. Avaliação final.	136
CAPÍTULO V - Conclusões e recomendações.	188
Referências Bibliográficas	195
Anexos	

CAPÍTULO I - A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO EM QUE FOI DESENCADEADA A REFORMA SANITÁRIA

Na tentativa de analisar os antecedentes do problema, objeto deste projeto, faz-se necessário relacionar o momento de início de discussões a respeito da Reforma Sanitária com a crise das políticas sociais na América Latina. A origem desta última e sua efetivação e agravamento abriu possibilidades para a busca de transformações e reformulações nas políticas econômicas e, principalmente, nos setores sociais nos quais se inclui o sistema de saúde brasileiro.

A economia mundial (TEIXEIRA, 1985) foi atingida, desde meados da década de 70, por uma crise econômica que foi enfrentada, entre outras, por medidas político-restritivas cujos encargos foram repassados, principalmente a partir de 1980, às economias periféricas dependentes da América Latina. A vulnerabilidade das economias latino-americanas à ordem econômica internacional, fez com que suas possibilidades internas de resposta aos efeitos dos problemas internacionais e às políticas de proteção adotadas pelas economias centrais fossem limitadas.

Uma análise feita pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) arrolou como causas internas das dificuldades vividas pela América Latina os seguintes fatores: "a) os excessos da política de endividamento externo; b) a expansão exagerada do gasto interno; c) as políticas de estabilização e restrição de importações; d) a liberação do sistema financeiro e a alta das taxas reais de juros" (TEIXEIRA, 1985). O importante é destacar que estes fatores foram decorrentes das condições internas de produção e das políticas dos países centrais.

Como consequência de toda a situação, os países latino-americanos tiveram que recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e adotar sua orientação de programas de austeridade, que teve como principal medida a redução dos gastos públicos e das importações.

Tal crise, com estas características, refletiu diretamente nos setores sociais através da queda da qualidade de vida e da redução de investimentos nas políticas sociais.

Do ponto de vista da incorporação das demandas sociais pelo Estado, na América Latina como um todo, ela se caracterizou (TEIXEIRA, 1985) por um padrão de tentativa de cooptação ao invés do reconhecimento dos direitos inerentes à condição de cidadania universal, ou seja, apesar das pressões vindas de baixo serem as motivadoras da intervenção estatal através das políticas sociais, os benefícios se materializaram como privilégios e não como direitos. Estudos

de MESA LAGO sobre a Seguridade Social latino-americana, citados por TEIXEIRA (1985), "demonstraram que a lógica aparentemente irracional de organização das instituições securitárias atendia aos requisitos políticos de incorporação dos grupos ocupacionais em um sistema de privilégios diferenciais, em face de sua colocação numa escala de discriminação segundo sua capacidade de pressão". Mas, mesmo assim, houve avanços entre as décadas de 20 e 60 para as classes dominadas no que se refere ao seu reconhecimento político e social e melhoria de sua qualidade de vida. Entretanto, os regimes autoritários (TEIXEIRA, 1985) implantados à partir dos anos 60, realizaram uma ampla reforma da Seguridade Social com duplo objetivo: externamente com a finalidade de justificar e mostrar alguns resultados da ditadura para o resto do mundo e, internamente, para desmontar o mecanismo político de mobilização e acesso ao poder das classes trabalhadoras em que a Seguridade Social se constituía. Nesse processo tenderam a privilegiar os interesses capitalistas privados em detrimento dos interesses da população. Este também foi o caso do Brasil, segundo TEIXEIRA (1985), com consequências para a política de saúde que se caracterizou por:

"a) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativa individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;

b) viabilização pela Previdência Social da criação de um complexo médico-industrial, responsável por elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;

c) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços, em detrimento da rede de serviços próprios da Previdência;

d) organização da prática médica em moldes de relacionamento mais caracteristicamente capitalistas, passando a diferenciar a clientela a ser atendida em função de sua inserção na estrutura produtiva".

A partir de 1980, porém, novos rumos precisaram ser dados à Previdência atingida pelo agravamento da crise econômica nacional. Foram propostas então, medidas racionalizadoras em duas linhas de atuação: "a contenção dos gastos com os hospitais e serviços privados e a ampliação da articulação da Previdência com os demais serviços públicos de atenção à saúde" (TEIXEIRA, 1986).

Em decorrência de dificuldades econômicas e também em função de todo um contexto sócio-político que se colocava, o governo do país passou por uma situação de falta de legitimidade do regime burocrático-autoritário instalado. Ela caracterizou-se pelo "isolamento da sua facção mais reacionária, com as dissensões ao nível dos

próprios participantes menores do pacto dominante (os empresários nacionais), o que evidenciou a ausência de mediações necessárias, entre Estado/sociedade, que pudessem embasar o exercício legítimo do poder político" (TEIXEIRA, 1985).

Neste contexto diversos projetos de redemocratização emergem de diferentes setores da sociedade. A idéia é de que a conquista da democracia poderia significar a conquista do espaço ideal para a formulação de uma contra-hegemonia. Além disso, a incorporação dos intelectuais das classes médias e da burguesia favoreceu a formulação de um projeto político e cultural que expressasse as demandas dos setores dominados.

No âmbito da saúde pública o primeiro fruto do encontro dos movimentos de contenção de custos assistenciais e a busca da democratização do setor saúde foi o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que foi iniciada em 1983. Aí, pela primeira vez, foi oficialmente aberto espaço para a discussão de questões fundamentais para a democratização do direito à saúde e para a ampliação ao acesso aos serviços: a descentralização, o controle social, a estrutura de financiamento, o relacionamento setor público/setor privado, a política de pessoal, de medicamentos, etc. Estas questões foram depois melhor explicitadas por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Com o processo de democratização as mudanças que as oposições vinham exigindo para o sistema de saúde ganharam mais força: a proposta de criação de um sistema integrado, sob a responsabilidade do Estado, com os serviços organizados em uma rede única regionalizada e hierarquizada, com cobertura universal, descentralização no planejamento e execução, integralidade das ações preventivas e curativas e participação comunitária.

Todo esse contexto permitiu uma nova etapa inclusive do movimento sanitário a partir de 1985: período denominado de Nova República, que se caracterizou pelo avanço em vários setores, de projetos gestados em períodos anteriores e que agora poderiam buscar espaço para se concretizarem dentro dos novos rumos que o país tomava, gerando boas expectativas e esperanças. O movimento sanitário passou a ocupar alguns espaços estratégicos no aparelho governamental. Com a crise da Seguridade Social, alguns intelectuais claramente identificados com o projeto reformador foram chamados para exercer altos cargos na burocracia da Previdência com o intuito de solucionar o impasse enfrentado pela política de saúde. Estes profissionais, juntamente com o movimento sanitário organizado e fortalecido, deram os passos definitivos para a institucionalização da Reforma Sanitária. Convocaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e fizeram aprovar um texto constitucional de saúde que tinha como idéias básicas norteadoras a recuperação da saúde e da assistência como

bens públicos e a garantia, pelo Estado, do acesso universal à saúde. Outra medida importante foi terem posto em funcionamento um sistema unificado e descentralizado de saúde em algumas regiões do país. Embora ainda sem o Sistema Único de Saúde, estava iniciado formalmente o processo de Reforma Sanitária.

Esse breve histórico evidencia as "idas e vindas" do setor saúde e aproximações e distanciamentos em relação ao atendimento das necessidades de saúde da população. Demonstra também a vinculação entre a questão saúde e o contexto sócio-econômico e político do país.

Esses projetos experimentais ligados aos programas de Medicina Comunitária nos espaços acadêmicos, vieram a ampliar as adesões às propostas do movimento sanitário incipiente.

Outro segmento da sociedade, os próprios profissionais de saúde, ao perceberem, também, serem vítimas de péssima situação profissional em função das mesmas causas que determinavam as precárias condições de saúde dos pacientes que atendiam, aderiram ao movimento.

Na esteira deste processo ressurgiram os movimentos sociais fortalecidos com o início da redemocratização. O movimento popular aglutinava várias categorias excluídas dos processos decisórios e fez-se presente na sociedade civil, "pressionando o Estado através de concentrações populares em atos públicos; - colocando em

evidência as condições de vida... dos cidadãos moradores da periferia urbana..." (SMEKE, 1990).

Estudos, citados por SMEKE (1990), apontam para a coincidência entre o momento de expansão das Comunidades Eclesiais de Base e outras manifestações do movimento popular urbano e o surgimento de grupos atuando em saúde nos moldes da Medicina Comunitária. Esta coincidência seria o produto de um mesmo processo político-econômico aflorado naquele momento histórico.

1.2 PARADIGMAS TEÓRICOS.

O fato da Reforma Sanitária ter sido desencadeada por várias crises: "do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população e do sistema de prestação de serviços de saúde" (TEIXEIRA, 1988), não esconde a realidade de ser um processo longo, iniciado há muito tempo no Brasil, cuja história coincide com a do movimento sanitário no Brasil. Este, simplesmente vestiu outra roupagem e aproveitou o momento propício e inseriu-se na luta pela redemocratização da sociedade brasileira. No campo específico da saúde, serviu-se da oportunidade para consolidar e ampliar o processo de formação da consciência sanitária, tanto dos profissionais de saúde envolvidos na assistência, como dos usuários do sistema. Como já dissemos, tal processo vinha sendo desencadeado desde os primórdios do movimento sanitário (TEIXEIRA, 1988 e 1989), a partir de meados dos anos 60, no interior do espaço acadêmico que passou a ser também, reduto de contestação ao governo autoritário. Começou com a criação, nas Faculdades de Medicina, dos Departamentos de Medicina Preventiva e com a introdução das disciplinas sociais, que propunham um novo paradigma na análise do processo saúde-doença. O enfoque histórico-estrutural passou a orientar os estudos no campo da saúde que buscavam compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica" (TEIXEIRA, 1989).

Apesar da origem acadêmica, o movimento sanitário procurou aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. Neste sentido foram desenvolvidos projetos de Medicina Comunitária e projetos experimentais em regiões mais pobres, sempre à margem do sistema de saúde onde predominava a política de privatização já referida.

Assim podemos dizer que a Reforma Sanitária representa um fenômeno diferente de outras propostas reformistas (reforma tributária, administrativa, do ensino universitário), que ocorreram no interior do governo, propostas por ele mesmo. Trata-se de um projeto social contra-hegemônico, nascido no seio da sociedade civil, cujos ideais foram absorvidos pelo governo de transição, através da absorção de pessoas comprometidas com ele. BERLINGUER (1989) em conferência proferida em São Paulo em 1988 destacou este aspecto também: a simultaneidade do processo de Reforma Sanitária brasileira com o processo de redemocratização, sendo os protagonistas comprometidos com o processo democrático e com as idéias da Reforma Sanitária. Obviamente que as características específicas da transição brasileira imprimiram tons contraditórios a este processo.

Segundo O'DONNELL, citado por TEIXEIRA (1988 e 1989) a transição à democracia no Brasil pode ser denominada como transição pactada, onde o regime autoritário-burocrático obteve relativo sucesso econômico e fez uso menos extensivo e sistemático da repressão. Estas e outras

características específicas do país permitiram às elites civis e militares estabelecerem com a oposição uma agenda de negociação. São essas características da transição conservadora que impõem seus limites aos avanços do movimento sanitário de acordo com seu paradigma teórico original.

Assim, a composição do primeiro governo civil após 21 anos de ditadura careceu de um perfil ideológico claramente delineado: a aliança que o compunha agrupava setores tipicamente liberais, setores com uma concepção social-democrata e até setores com uma concepção socialista.

Esta situação explica que a partir da ocupação, já mencionada, dos espaços governamentais em 1985, houve a necessidade de se procurar traduzir os pressupostos da Reforma Sanitária numa dinâmica administrativa no sentido de consolidar tais pressupostos. Em alguns momentos isto significou privilegiar a mudança e/ou criação de mecanismos capazes de alterar, de maneira gradual e ascendente, a organização institucional do setor, na direção de um sistema público de saúde mais racional, eficiente e democrático. A implantação, a partir de 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 1987) pode ser considerado como um exemplo.

De qualquer forma, com o início do governo de transição, foram desencadeadas diferentes medidas com o objetivo de alterar a política de saúde vigente e, uma delas, foi a politização da discussão sobre saúde com o

objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária da população e procurar garantir suas demandas na agenda governamental. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um grande passo nesse sentido e a partir daí as pressões de diversos setores da sociedade civil garantiram, como já foi dito, que pontos importantes fossem aprovados na nova Constituição: desde o direito universal à saúde e o dever do Estado na sua garantia, até a participação da comunidade, como diretriz do sistema de saúde.

Apesar das contradições existentes na institucionalização do movimento sanitário que não permitiram o aumento, a contento, da organização técnica política necessária para o avanço do projeto da Reforma Sanitária, algumas alterações das práticas institucionais vêm se processando e estiveram voltadas para os seguintes objetivos:

“- o fortalecimento do setor público através da integração de diferentes instituições, criando formas embrionárias de um futuro sistema único de saúde;

- redução do papel do setor privado na prestação dos serviços de saúde, maior controle na prestação de contas, novas modalidades de relacionamento;

- descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e da execução dos serviços ao nível local, ampliando as formas de controle social” (TEIXEIRA, 1989).

O que vem ocorrendo é uma atuação em torno do que SARAIVA FELIPE, citado por TEIXEIRA (1988), denominou de "dialética do possível": explorar o possível de forma decidida, a fim de diminuir a distância entre a intenção e o gesto.

Completando esta análise, CAMPOS (1988) considera que nesse movimento de institucionalização ocorreu uma redução de abrangência dos conteúdos da Reforma Sanitária. A tentativa de viabilizá-la via ações desencadeadas no interior do aparelho estatal, não deu conta do projeto gestado pelo movimento sanitário e nem da sua então capacidade transformadora.

Segundo CAMPOS (1988), houve um privilegiamento do poder executivo como campo de luta e manobras. Os intelectuais, que ocuparam os espaços governamentais não assumiram necessariamente o papel de intelectuais orgânicos de um movimento pluriclassista e de frente ampla pela Reforma Sanitária.

A questão do paradigma fica, portanto, complicada. O referencial histórico-estrutural defendido pelo movimento nem sempre consegue espaço para traduzir-se em realidade concreta. Está sempre em luta com outras tendências, mesmo no interior dos indivíduos que a defendem.

No caso deste projeto é importante distinguir os paradigmas teóricos e seus momentos de hegemonia e firmar posição em relação a um, o histórico-estrutural, o que coloca o projeto, neste momento, dentro de um movimento contra-hegemônico, que busca a transformação dos profissionais de saúde, dos serviços e das condições de saúde.

2. A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

2.1 A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO

Política de Recursos Humanos na América Latina

Embora tenham sido organizadas reuniões pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para se discutir a questão dos recursos humanos no setor, na maioria dos países da região não se tem ainda uma política definida com relação ao planejamento, desenvolvimento e alocação dos mesmos.

Na primeira reunião sobre Princípios Básicos para el Desarrollo de la Educacion Médica en la America Latina y el Caribe (1977) foram assinaladas algumas linhas de atuação para as políticas de recursos humanos em saúde (STULHMAN & CODINA, 1985): a formação de recursos humanos para a saúde deve ocorrer em função de uma política de saúde e educação explícita, de acordo com a realidade sanitária e objetivando a sua transformação; visando prestar assistência à saúde a toda população e que permita o aproveitamento integral da rede assistencial para a formação de profissionais de saúde.

Os Recursos Humanos e as Políticas Nacionais

Antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde outros fóruns de discussão do setor saúde já tinham revelado preocupação com a área de recursos humanos. O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

(CONASP), em 1981, identificou problemas decorrentes da frágil e desestimuladora política de recursos humanos, incluindo baixos salários, falta de um sistema de avaliação e de premiação baseado no mérito, duplos vínculos dos profissionais, o excesso de burocracia e centralização. Propôs várias ações corretivas: estímulo à dedicação exclusiva e o tempo integral geográfico, a gratificação para pessoal treinado, estabelecimento de carreiras e desenvolvimento de programas de educação continuada.

Em 1983 o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) procurando atender às necessidades já detectadas, destinou recursos que possibilitaram a ampliação do quadro de servidores e o aumento do ganho salarial, através de gratificação, mas sem promover a integração dos serviços entre as diferentes esferas institucionais.

De acordo com os princípios da Política de Recursos Humanos da América Latina, a nível nacional, foi realizada em 1986, a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, seguindo a linha de propostas da Reforma Sanitária. Nesta conferência temas como a valorização do profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e a relação do trabalhador de saúde com o usuário dos serviços foram abordados.

Ela também reafirmou diretrizes já propostas a nível nacional na 18ª Reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde(1984) e no 3º Encontro de Secretários Municipais de Saúde(1985) (CORNETTA, 1991) tais como:

- profissionalização de pessoal auxiliar e de nível médio;

- a reestruturação de pessoal auxiliar e de nível médio;

- a reestruturação dos cursos de nível superior para atender aos novos perfis profissionais;

- a definição de uma política de recursos humanos que contemple o mérito como forma de seleção;

- uma política salarial homogênea;

- a criação de carreira e um processo de educação continuada".

Dentro do primeiro tema, concluiu-se que na perspectiva da reformulação do sistema de saúde, torna-se imprescindível a democratização das instituições de saúde, com a participação efetiva dos profissionais e da população em todas as instâncias do sistema, desde o planejamento até a avaliação das ações desenvolvidas. Além disso é imperativo a definição de uma política de recursos humanos que valorize o servidor e que se encaixe dentro de uma política de saúde mais ampla, elaborada a partir das necessidades da população.

Entre as estratégias propostas para a operacionalização da Reforma Sanitária a educação continuada também mereceu destaque na referida Conferência, tendo sido definida como um instrumento de formação e aprimoramento de pessoal de nível médio e elementar e aprimoramento para o pessoal de nível superior, com vistas às perspectivas dos serviços.

Foi assim conceituada: "A educação continuada surge da necessidade de atualizar, renovar conceitos e não deve ser entendida como um substituto de lacunas da graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes. É um processo organizado, permanente e direcionado a clientela institucional com política de saúde definida tendo em vista a necessidade dos usuários. Pode se constituir neste momento, em um instrumento de reforço à ação institucional, podendo a médio prazo interferir na graduação" (CONFERÊNCIA, 1986).

A mesma Conferência destacou também, os Programas de Integração Docente-Assistencial (PIDA) como estratégias que "devem ser reconhecidas e utilizadas como um instrumento valioso de reorganização dos serviços, podendo contribuir efetivamente para a implantação e consolidação do novo sistema de saúde" (CONFERÊNCIA, 1986).

Os Programas de Integração Docente-Assistencial, surgiram entre os anos 60 e 70 no bojo das reformas curricular e estrutural do ensino médico. Os educadores

médicos "progressistas" se voltaram para novos modelos de capacitação, como os FIDA, conjugados aos programas de extensão comunitária ou Medicina Comunitária, onde havia algum tipo de participação e envolvimento dos grupos sociais assistidos.

Como os serviços locais de saúde vêm enfrentando um vazio de propostas concretas, é possível que projetos que aproximem a Universidade do serviço local de saúde, tipo FIDA, possam contribuir de modo efetivo, principalmente em projetos de educação continuada.

Recursos Humanos e Políticas de Saúde no Estado de São Paulo

Posteriormente, na sequência das proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo promoveu uma reforma estrutural, criando os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA's) com conseqüente descentralização e regionalização do setor de recursos humanos.

Em 1987, o Termo de Compromisso Interinstitucional envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Governo Estadual traçou as diretrizes e bases para a implantação estadual do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e recomendou, quanto aos recursos humanos (CONFERÊNCIA, 1992):

"- compatibilização da política de recursos humanos e salários com o processo de municipalização e regionalização, estabelecendo-se a organização de um sistema integrado de gestão e desenvolvimento de recursos humanos, fundada na adoção de uma política integrada de salários e na organização de carreiras".

Com o Convênio SUDS-SF foram estabelecidos alguns compromissos para a área de recursos humanos como a aplicação da equivalência salarial, o tempo integral geográfico e o direito de opção pelo emprego único do SUDS e a alocação, através do INAMPS, de recursos que contribuíssem para a equivalência salarial.

Com a municipalização, as administrações municipais passaram a se encarregar do gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde e da criação e implantação de programas de desenvolvimento de recursos humanos, capacitação, treinamento, aperfeiçoamento e equiparação salarial.

Sem que condições efetivas fossem dadas para o cumprimento de tais determinações surgiram dificuldades gerenciais, pois os servidores passaram a conviver num mesmo ambiente com salários e/ou cargas horárias diferentes para as mesmas funções.

Criou-se então, o Grupo de Trabalho "Sistema Integrado de Recursos Humanos" com a finalidade de estudar a situação do quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde e do INAMPS, propor a adequação de funções, elaborar

Plano Transitório de Equivalência Salarial e Tempo Integral Geográfico, elaborar programa de formação, treinamento e desenvolvimento de recursos humanos e elaborar um modelo de organização de carreiras funcionais integradas, respeitando os direitos adquiridos.

Em 1988 com a nova minuta-padrão do Convênio SUDS ocorreu um retrocesso ao não se discriminar os recursos para a equivalência salarial.

Na Constituição Federal de 1988, apareceu como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (artigo 200). Quanto ao servidor público: obrigatoriedade do concurso público, regime único e plano de carreira para os servidores e isonomia de vencimentos para mesmas atribuições (artigo 37, inciso II e artigo 39).

Na Lei Orgânica 8080 de 1990, sancionada num momento de tendências centralizadoras e queda dos repasses financeiros para o sistema de saúde, principalmente, para o setor público, foi prevista a organização de um sistema de formação de ensino, inclusive pós-graduação, formação e aperfeiçoamento de pessoal. Foram vetados incisos importantes que tratavam da instituição de plano de cargos e salários e da fixação de pisos salariais por categoria profissional e da remuneração complementar pelos Estados e Municípios para atender às diferenças regionais.

Tem-se hoje em dia uma situação bastante precária nos municípios, já que a isonomia salarial não ocorreu,

gerando situações diversas entre colegas de trabalho. A competição intermunicipal também gera conflitos porque os salários não são regionalizados e os municípios que pagam mais esvaziam ou desestabilizam o quadro de funcionários dos municípios menores e mais carentes.

A questão salarial tem sido pivô de uma série de conflitos na área dos recursos humanos alocados nos serviços locais de saúde, gerando disputas corporativas, que têm dificultado algumas mudanças nos modelos de saúde.

2.2 PROBLEMAS SENTIDOS E SOLUÇÕES PROPOSTAS

Problemas Sentidos

No caminho percorrido para a concretização do Sistema Único de Saúde, seguindo os pressupostos do movimento sanitário, a questão dos recursos humanos tem sido vista como primordial. A implantação de uma política para o setor, condizente com os objetivos de um sistema de saúde público, eficiente e democrático, é um requisito básico (FARIA, 1990; OLIVEIRA JÚNIOR, 1990; SANTANA, 1990).

Os Relatórios-Síntese da 1ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo (CONFERÊNCIA, 1992) destacou, no Capítulo 3 - "A Política de Recursos Humanos", que os recursos humanos podem ser vistos sob três pontos de vista:

1. como principal riqueza e patrimônio do Sistema Único de Saúde: partindo do princípio, que os resultados do setor saúde, quantitativos ou qualitativos, dependem muito

da relação entre cliente/comunidade e a equipe de saúde, é preciso pensar os gastos com o setor como investimentos de grande importância;

2. como meio para a produção dos serviços de saúde: o investimento em recursos humanos é fundamental para alcançar bons resultados, como a melhoria dos níveis de saúde da comunidade atendida;

3. como agentes de mudança: ao serem sensibilizados pelos objetivos do Sistema Único de Saúde, os trabalhadores da área de saúde podem se constituir em importantes multiplicadores de idéias e agentes de mudança no serviço de saúde.

O reconhecimento da importância dos recursos humanos e de seu despreparo, já que quase inexistem quadros com o perfil adequado para atuarem em conformidade com os avanços pretendidos pelo movimento sanitário, justifica a necessidade de investimento no setor.

A publicação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1988), avaliando a experiência do SUDS, considerou a questão da adesão dos profissionais de saúde à proposta de reformulação setorial, como essencial. Tal adesão não depende exclusivamente da questão salarial, embora este também seja um aspecto importante. O treinamento, isoladamente, também não garante a adesão e o compromisso com a proposta, mas pode interferir na mudança qualitativa do padrão de atendimento. O documento sugere que o reconhecimento e o prestígio social obtidos a partir da

divulgação eficiente das atividades desenvolvidas possam ser fonte de mudança.

A questão dos recursos humanos e seu compromisso com a mudança, também foi considerada por BERLINGUER(1988), que defende, com relação aos médicos, a progressiva substituição dos antigos privilégios profissionais, por substanciais gratificações morais e culturais, que seriam muito mais válidas, porque oriundas de uma maior eficácia do seu trabalho profissional, na luta contra os agravos à saúde.

Na mesma linha de raciocínio, mas destacando o processo de democratização das políticas sociais que vem ocorrendo no país, COHN(1988) ressaltou que o comprometimento dos profissionais perante a clientela, é um elemento central predisponente de mudanças, que facilitariam que os serviços públicos assumissem de fato seu caráter público, colocando-se ao lado das demandas populares. A mesma autora coloca que se os serviços periféricos do sistema, aqueles que têm contato com o público e executam os programas, se abrissem para a participação popular e tivessem autonomia para organizar o trabalho na sua Unidade, atendendo sua especificidade, isso poderia garantir resultados significativos no alcance da eficiência das políticas sociais. Ao mesmo tempo deveria-se garantir ao Estado, na sua esfera de poder, a definição de prioridades e a formulação de programas e critérios claros, públicos e transparentes de avaliação e desempenho profissional.

Segundo SANTANA (1990), a discussão sobre a formulação de políticas de recursos humanos nos serviços de saúde deveria basear-se na recuperação da dignidade e na busca da identidade do trabalhador considerando a sua natureza humana, que o torna autor de sua própria história. OLIVEIRA JUNIOR(1990) também enfatiza este aspecto ao fazer a seguinte colocação: "os Recursos Humanos devem ser observados sob uma nova ótica, deixando de ser objeto - insumo para transformar-se em sujeito do processo de reorganização do sistema de saúde".

Alguns dos principais obstáculos apontados para a concretização das transformações necessárias no setor são o corporativismo, o clientelismo e o burocratismo que, intra-instituição, acabam por reproduzir a relação de poder vigente na sociedade(GOULART, 1990; CAMPOS, 1990). GOULART(1990) considera estes mesmos fatores, os mais fortes impedimentos para a democratização interna das instituições públicas. A não democratização dificulta os avanços necessários na área de recursos humanos e também a abertura da instituição à participação e controle da sociedade sobre a mesma, outro dos princípios da Reforma Sanitária.

SPINK(1987) verificou que existem grandes dificuldades para a implementação nos serviços de saúde das ações formuladas para a formação e capacitação dos recursos humanos. O caminho de difusão das políticas do nível central e da academia para o nível de execução é tortuoso e

porisso as idéias básicas se perdem ou se transformam, impedindo a concretização das mudanças.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram realizadas várias discussões sobre os recursos humanos, a partir das quais foram formulados alguns princípios e postulados para o setor sem, no entanto, chegar à definição de diretrizes e elaboração de planos para as intervenções e avaliações das ações realizadas. Dessa forma, de modo geral, a preocupação com a área de recursos humanos tem sempre sido manifestada nos discursos oficiais, mas sem traduzir-se em ações concretas para enfrentar as distorções existentes (SANTANA, 1990).

É muito difícil a tarefa dos órgãos, que têm que arcar com a busca de formas para a operacionalização das novas diretrizes. Eles se encontram num nível intermediário: entre os órgãos centrais encarregados de formular diretrizes e os órgãos que prestam os serviços e pressionam, segundo a lógica das necessidades mais imediatas.

O nível intermediário é responsável pela incorporação das mudanças pretendidas em relação à forma e/ou conteúdo das atividades de formação e capacitação, ao mesmo tempo que se depara com a memória das experiências passadas, as pressões a nível local, a insuficiência dos recursos disponíveis e a instabilidade temporal dos projetos efetivamente implantados.

Os Relatórios-Síntese da 1ª Conferência de Saúde de São Paulo identificou como problemas básicos da política de recursos humanos a ausência de legislação e regulamentação na área, que dêem sustentação à implantação do SUS e a ausência de diretrizes na área de treinamento e desenvolvimento.

O diagnóstico de insuficiência técnica e descompromisso dos profissionais é antigo e permeia a maior parte das manifestações a respeito das possibilidades de atuação na área. FARIA(1990) detecta que, apesar da opinião vigente, é possível vislumbrar perspectivas de um contato mais próximo com a maioria dos profissionais, que se mostra sensível e com possibilidade de se comprometer com alguma proposta séria de trabalho. Recomenda, entretanto, que ela seja acompanhada de uma proposta de atuação na área de desenvolvimento de recursos humanos e de mecanismos de avaliação, que auxiliem na conquista técnica e política dos profissionais, que deverão também ser construtores de um novo modelo assistencial.

Nesse ponto chega-se à outra questão essencial: o financiamento para os gastos no setor que precisariam ser melhor alocados de modo a alcançar os objetivos pretendidos (SANTANA, 1990).

Ao nível dos municípios, a administração de recursos humanos torna-se um problema crucial, imbricado com diversas outras áreas da administração local. No movimento de municipalização da saúde, a maior parte dos municípios

não se encontrava adequadamente equipada para responder as demandas do setor, inclusive de aprimoramento de recursos humanos (CAMPOS, 1989). Criou-se um espaço maior para o clientelismo, dentro de um contexto onde já ocorriam o descompromisso e o desinteresse pelo serviço público, o múltiplo vínculo, o descumprimento da carga horária e o abandono do emprego por parte de profissionais mais qualificados (OLIVEIRA JÚNIOR, 1990).

Dentro da perspectiva da Reforma Sanitária, um dos caminhos para a mudança da atuação na área de recursos humanos é, como já foi citado, a democratização interna das instituições de saúde, traduzida pela transparência administrativa (orçamento, investimentos) e pelo diálogo constante. De acordo com OLIVEIRA JUNIOR (1990) a criação de uma nova forma de administração de recursos humanos deve contemplar a discussão exaustiva e permanente do modelo assistencial, vigente ou a ser implantado, com os trabalhadores: recursos imprescindíveis na organização de um modelo de atenção integral à população.

Ao se discutir a questão dos recursos humanos, além dos problemas voltados à política do setor, também se encontra o problema da formação e preparo de profissionais para a área de saúde.

Com facilidade, percebe-se que os órgãos formadores não têm atendido às expectativas de um modelo assistencial, que seja compatível com as diretrizes propostas pela Reforma Sanitária, tanto ao nível de

competência técnica quanto da discussão política. No final da década de 60 e início da década de 70 houve grande ampliação do aparelho formador, mas sem corresponder a uma adequação às reais necessidades da população no campo médico-assistencial. Grande parte do corpo médico formado nos anos 70 tem como referência profissional uma medicina especializada, privatizante e totalmente distante do quadro social da saúde no Brasil. Atualmente continuam sendo formados profissionais na ótica mercantilista e individualista do mercado privado de saúde (FARIA, 1990). Para este mercado o modelo de administração de recursos humanos existente era adequado.

Os funcionários dos serviços de saúde, universitários ou não, têm uma formação tecnicista, quer seja por conta de sua formação acadêmica, quer por mecanismos de transmissão de valores hegemônicos e não têm consciência da função reprodutora, que exercem e este é outro grande entrave à concretização de propostas de mudança, quer no modelo assistencial, quer nos seus pressupostos teóricos, que incluem o comprometimento com a causa popular.

A falta de profissionais atinge os vários níveis: elementar, médio, superior e gerencial.

Em função dessa realidade torna-se necessário diagnosticar mais profundamente os aspectos a serem trabalhados na área de recursos humanos e, principalmente, propor e desenvolver formas para superar os problemas,

envolvendo conjuntamente os setores de educação e saúde que precisam começar a trabalhar juntos (SANTANA, 1990).

Dentro da área de formação de pessoal, a educação continuada surge como uma modalidade adequada para tentar recuperar a competência técnica e oferecer qualificação para trabalhadores já envolvidos pelas rotinas de trabalho sem a devida preparação.

Soluções propostas

A área de capacitação de pessoal na saúde no Brasil, tradicionalmente, tem-se restringido ao treinamento de pessoal auxiliar ou de algumas categorias específicas consideradas importantes para a implantação de determinados programas (SANTANA, 1990).

Somente há aproximadamente 10 anos, tem-se investido na formação de pessoal de saúde de nível médio e elementar empregado no serviço de saúde, através do projeto Larga Escala. O projeto Larga Escala coloca-se como um programa de educação continuada com uma proposta pedagógica que procura traduzir os princípios e preocupações manifestas na Reforma Sanitária brasileira.

Ele surgiu como uma prioridade definida pela política de saúde pós-76 na área de recursos humanos: dar ênfase na capacitação de pessoal de nível médio, seja em função das necessidades de expansão da rede ambulatorial, seja em decorrência do baixo nível de qualidade de

atendimento prestado nos hospitais em função da bipolarização do emprego entre médicos e atendentes, que ocorreu na década de 70 com o grande aumento do número de profissionais dessas duas categorias (MÉDICI, 1987).

Pode-se dizer que este projeto é praticamente o único nessa linha de atuação, que se instalou de modo mais sistemático no país.

Em 1990 a Revista Educación Médica y Salud publicou um artigo com os principais trabalhos desenvolvidos na área de educação continuada na América (HADDAD e col., 1990), no qual se fez referência ao projeto Larga Escala desenvolvido no Brasil. Neste e em outro artigo SANTOS & SOUZA (1989) descrevendo tal projeto destacaram que para alcançar os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular almejados pela implantação do Sistema Único de Saúde é necessário reorganizar as estruturas institucionais com o objetivo de integrá-las, regionalizá-las e hierarquizar a rede assistencial. Segundo os autores, o projeto Larga Escala é um processo dinâmico que auxilia na construção de um modelo assistencial de qualidade para a população, através da qualificação do trabalhador de saúde, resgatando suas habilidades e sua cidadania.

Para a formação de supervisores do pessoal preparado pelo projeto Larga Escala são desenvolvidos programas de educação continuada junto a profissionais de nível superior, para que sua atuação junto aos profissionais

de nível elementar e médio não inviabilize a proposta metodológica do projeto, de integração ensino/serviço.

O projeto Larga Escala tem como proposta pedagógica partir da não neutralidade do conhecimento e considerar que o educando avança na construção do conhecimento nas condições concretas da sua prática profissional (SANTOS & SOUZA, 1989).

Além do projeto Larga Escala muito pouco se tem feito na área de formação e desenvolvimento de recursos humanos. Esta área embora seja colocada como da maior importância para a melhoria da qualidade dos serviços, na prática é uma área frágil na estrutura das organizações públicas, com pouco poder de decisão e desarticulada das outras áreas da administração de pessoal como avaliação de desempenho, ingresso, ascensão funcional e com os sistemas gerencial e de planejamento, restringindo-se a programar e realizar cursos.

Como recomendação da 1ª Conferência Estadual de Saúde para área de formação e desenvolvimento de pessoal, ficou a expectativa de que os programas ocorram em consonância com as leis 8080 e 8142 (Legislação do SUS), que enfatizam a descentralização, o planejamento ascendente, a articulação entre os diferentes níveis do governo e a exigência de resultados. Confere-se à gerência local a responsabilidade de identificar as necessidades e definir, viabilizar e desencadear as ações necessárias nos diferentes

níveis de governo, segundo as especificidades dos problemas detectados.

Em função destes problemas e com relação ao planejamento de ações e intervenções no setor, SANTANA (1990) refere a necessidade primordial de se realizarem estudos de caráter científico sobre este grupo social: os recursos humanos em saúde. É preciso buscar construir teorias explicativas a respeito da dinâmica deste grupo. A elaboração e implementação de programas de saúde poderá ser facilitada dispondo-se de dados que indiquem as possíveis reações desse grupo, entendido como um conjunto de atores sociais e ideológicos com capacidade de reação diante das propostas.

3. A EDUCAÇÃO CONTINUADA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM SAÚDE

Entre as áreas de educação e saúde podem se estabelecer dois tipos de relações: o papel educativo a ser desempenhado pelos profissionais de saúde e o processo educativo que tem que ser vivenciado pelos profissionais para que possam atuar nas suas áreas de competência. CORVINO (1991) refere-se a primeira como educação em saúde e a segunda como educação continuada. Uma das principais funções da segunda seria o preparo do profissional para desenvolver suas atividades com um enfoque educativo (primeira área de competência).

Nesse sentido a educação continuada pode representar uma resposta vinda do campo da educação, mas deve ser planejada levando-se em conta o contexto sócio-econômico e o sistema de saúde em que está inserida para que sua atuação não seja limitada e para que seja efetiva (LLORÉNS, 1986).

ROSCHKE & CASAS (1987) fizeram uma análise da evolução do conceito de educação continuada e sua forma de traduzir-se na prática nos países latino-americanos. Na década de 70 tratava-se de um processo de ensino - aprendizagem que se iniciava ao terminar a formação básica, destinado a atualizar e melhorar a capacitação do indivíduo e do grupo. A partir de 1979 se observa uma interrelação com os princípios fundamentais da educação de adultos. Finalmente em 1982, a educação continuada é visualizada como um processo integral, dinâmico e participativo que se desenvolve atendendo as necessidades individuais e da equipe humana de saúde.

Dentro dessa nova perspectiva CAMILLO-COURA (1987) conceituou educação continuada como aquela em que o processo educativo tem um caráter permanente e atualizador.

A partir disso se esperaria que os programas de educação continuada contribuíssem para gerar uma consciência social que permitisse ao pessoal de saúde questionar seu papel como membro de uma sociedade e que pudessem responder às necessidades da população. De modo geral isso não tem acontecido, já que o próprio setor saúde se utiliza da

educação como um instrumento tecnológico, um mecanismo asséptico de como fazer as coisas para sua sobrevivência como sistema.

Quando a prática educativa em saúde incorporar o desenvolvimento de um processo de conhecimento crítico frente a uma dada realidade, a educação continuada estará cumprindo com a sua função na formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Para VIDAL (1984) a educação continuada deve inserir-se na realidade do serviço. Isso implica, na educação em saúde, numa mudança ao nível do método: deve-se passar do "objetivo do conteúdo para o objetivo do processo". Para realizar tal mudança é preciso desenvolver um novo enfoque baseado na interdisciplinariedade.

No artigo La educación permanente en salud en America Latina, VIDAL e col. (1986) analisaram comparativamente a educação continuada tradicional e a nova educação permanente. Na tradicional, o centro do processo é o professor e a verbalização e na segunda o centro é o estudante, a aprendizagem e o trabalho. Outra característica do segundo tipo de educação permanente é que caminha do indivíduo à sociedade (do funcionário à organização), com uma atitude especialmente reflexiva.

Um aspecto muito destacado por diversos autores a respeito da educação continuada é que ela deve ser um instrumento, que auxilie na concretização de um sistema regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde. Assim um

dos seus elementos importantes é a identificação de um perfil educativo, que permita a identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, que o trabalhador deve adquirir para desempenhar, da melhor forma, seu papel social em relação à população e de trabalhador de saúde (HADDAD e col., 1987).

A educação continuada (VASCONCELOS e col., 1987; WESTPHAL & PELICIONI, 1991) também deve ser considerada como um dos meios para viabilizar a discussão dentro da própria equipe de saúde, sobre o seu trabalho, sobre as políticas institucionais e a participação dos funcionários na definição e execução das programações e também sobre a prática educativa transformadora que deve ser a tônica da sua atuação. Para o pessoal de saúde, especificamente com relação à participação popular, é preciso que fique claro que a ação participativa implica numa superação da formação academicista e exclusivamente tecnicista, que o profissional de saúde traz. É necessário que este compreenda a problemática da saúde dentro de um contexto global da realidade social. Outro aspecto é que a ação deve ser coletiva e os sujeitos do processo (técnicos e população) devem buscar compreender conjuntamente a realidade que querem transformar. Para isso é preciso conhecer a realidade investigando tanto a Unidade de Saúde e sua atuação e a relação que estabelece com a comunidade, como o local onde atua, a população que atende e suas percepções sobre o processo saúde-doença.

É necessário o desenvolvimento de projetos cuja ação educativa siga o modelo da nova educação permanente, além de se voltar para a realidade local do serviço de saúde, considerando-se a equipe de saúde local como objeto de atenção.

Considerando-se a implantação de um sistema de saúde, a nível nacional, mais democrático e que corresponda às demandas da população BERLINGUER (1988) refere que o desenvolvimento positivo desse processo relaciona-se não só com o predomínio de forças progressistas na condução do país, mas também com a possibilidade de qualificar os serviços de saúde e seu pessoal de todos os níveis. Eis uma área de atuação da educação continuada.

CAPÍTULO II - O PROBLEMA E O ESTUDO PROPOSTO

1. O PROBLEMA

Considerando-se que a situação de crise econômica no país, a deterioração das condições de saúde e as transformações propostas para resolver a situação dentro de um processo de redemocratização do país, permitiram um avanço na direção de concretizar os ideais da Reforma Sanitária e que um dos propósitos da educação em saúde é a formação de indivíduos conscientes do seu direito à saúde e capazes de lutar por melhores condições de vida, trabalho e saúde, o autor deste projeto propôs-se a aproveitar este momento histórico e testar um modelo educativo coerente com os pressupostos do movimento sanitário na área de educação continuada e formação de pessoal para as unidades de saúde.

O trabalho na área de recursos humanos justifica-se pela busca de inovações que possam ser implantadas com o objetivo de reforçar o processo da Reforma Sanitária, influenciando para que ocorra a necessária mudança de postura dos funcionários e profissionais da área de saúde em relação à concepção do processo saúde-doença, à problemática da área, ao seu equacionamento e possíveis soluções. Esta mudança deve se refletir nas relações interprofissionais e na relação dos profissionais de saúde com a população usuária dos serviços, para que a transformação no setor saúde se efetive.

2. PRESSUPOSTOS ORIENTADORES DO ESTUDO

Este trabalho tem como pressuposto que um programa de educação continuada, elaborado a partir de um diagnóstico inicial junto a população-alvo, resulte em mudanças positivas nos comportamentos individuais e grupais relacionados à saúde e à assistência à população.

A participação da população-alvo no planejamento e no desenvolvimento do programa deverá ser mais um fator positivo no alcance dos resultados pretendidos.

3. JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHER A ÁREA DE ESTUDO

As escolas de Saúde Pública, como instituições universitárias que são, devem desempenhar seu papel inovador, não só propondo modelos assistenciais como também experimentando os mesmos.

Um dos mecanismos para isso, como já foi salientado, é a articulação com os serviços através da Integração Docente-Assistencial (IDA). O município de Vargem Grande Paulista fazia parte do Núcleo de Treinamento da Faculdade de Saúde Pública no Projeto de Integração Docente-Assistencial de Itapequerica da Serra apoiado pela Fundação W.K.Kellogg. Findo o Projeto Kellogg, continuou oferecendo condições de experimentação.

Dois Departamentos da Faculdade de Saúde Pública e um da Escola de Enfermagem da USP continuaram desenvolvendo projetos no município de Vargem Grande Paulista e recebendo retorno positivo do serviço de saúde local.

A abertura do Departamento de Saúde do município para a atuação da Universidade foi o principal motivo para o projeto ter sido realizado neste local.

4. ÁREA DE ESTUDO

Este projeto foi desenvolvido no município de Vargem Grande Paulista, localizado na região oeste da Grande São Paulo entre os quilômetros 40 e 46 da Rodovia Raposo Tavares (SP-270) e distante cerca de 45 quilômetros da cidade de São Paulo. O município ocupa uma área de 29 Km² e possui uma altitude de 930 metros. Sua população é de 15.873 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1991).

O município apresenta amplas áreas livres com pequenos conglomerados urbanizados nas margens das Rodovias Raposo Tavares e Bandeirantes, que cortam o município. A cidade conta com grande número de chácaras para lazer dos moradores da capital.

As atividades econômicas concentram-se na horticultura, fruticultura, floricultura e granjas, desenvolvidas em pequenas propriedades.

A rede elétrica abrange 90% do município, a rede de água apenas 15% e a rede de esgoto 12%. O lixo é jogado em aterro sanitário na zona central e as regiões mais distantes do centro não contam com nenhuma estrutura montada para a destinação do lixo, que é lançado à céu aberto.

Vargem Grande Paulista conta, atualmente, com uma Unidade Básica de Saúde inclusive com pronto-atendimento, na região central da cidade e outras duas Unidades de menor complexidade, que estão localizadas nos bairros de Tijuco Preto e São Lucas.

Até 1981, ano da sua emancipação enquanto município (antes pertencia à Cotia), a região contava com dois postos de atendimento médico para a população, mas estes serviços eram bastante irregulares e precários. Um desses serviços era estadual e outro municipal e não havia nenhuma integração entre eles. Além disso, os dois localizavam-se na região central, distante da população dos bairros, fato agravado pela precariedade de transporte.

A Unidade do bairro do Tijuco Preto foi construída a partir de reivindicações da população local manifestadas pelas lideranças comunitárias. O terreno e os recursos foram conseguidos e a própria população construiu o posto através de mutirão.

Há cerca de doze anos funciona uma relação de referência e contra-referência entre os serviços do município e da Associação Hospital de Cotia e muitos dos

profissionais dos serviços de saúde local já atuaram em Cotia.

Um dos problemas que o serviço de saúde de Vargem Grande Paulista enfrenta é a demanda de populações de cidades vizinhas pelos seus serviços, tanto por maior facilidade de acesso como pela deficiência dos outros serviços da região.

Buscando operacionalizar a proposta de participação popular no serviço de saúde, o Departamento de Saúde, em agosto de 1988, criou a Câmara Consultiva de Saúde que contava com representantes do Departamento de Saúde, dos funcionários da área de saúde do município, de associações comerciais e industriais, de outros serviços públicos de saúde da região, de associações de moradores.

Atualmente, desde o final de 1991, a Câmara Consultiva deu lugar ao Conselho Municipal de Saúde composto por nove membros, sendo três representantes da população, três representantes de instituições da comunidade (Departamento de Educação da Prefeitura local, um representante dos vereadores e um da Associação de Pais e Amigos do Excepcional), um representante dos funcionários do Departamento de Saúde local e dois da direção do mesmo Departamento.

5. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

1. Realização de um diagnóstico educativo entre os funcionários da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vargem Grande Paulista para identificar e conhecer (objetivos específicos).

a) a percepção dos funcionários sobre as finalidades da UBS e dos programas desenvolvidos pela mesma;

b) a percepção dos funcionários quanto ao papel de cada elemento da equipe na elaboração e execução dos programas da UBS;

c) a atitude dos funcionários diante da sua participação na gestão da Unidade e da população nas programações de saúde da UBS;

d) a orientação recebida pelos funcionários para o exercício de suas funções técnicas específicas e educativas e sua percepção com relação à finalidade e importância das mesmas;

e) o interesse dos funcionários com relação a aulas e/ou cursos de aperfeiçoamento e atualização e/ou discussões com outros profissionais sobre temas pertinentes às programações da UBS e à realização de suas funções técnicas específicas e educativas.

2. Formulação e implementação de um programa de educação continuada junto aos funcionários da UBS de Vargem Grande Paulista, tendo como base o diagnóstico

realizado inicialmente, dando oportunidade para que (objetivos específicos):

a) reflitam sobre a finalidade da UBS em relação à população local;

b) reflitam sobre o papel de cada elemento da equipe na elaboração e execução dos programas da UBS;

c) questionem a relação pedagógica intra-equipe e desta com a população, que reproduz em diferentes níveis a relação de poder entre dirigentes e dirigidos;

d) reflitam sobre o desempenho adequado das atividades educativas inerentes às suas funções dentro de uma proposta pedagógica participativa e problematizadora, utilizando formas de organização e canais de expressão da população para discutir as ações e prescrições de saúde;

e) reflitam sobre a importância e atuem de modo a incentivar a participação da população nas programações de saúde da UBS (por exemplo: divulgando, na Unidade de Saúde, as reivindicações da população e procurando atendê-las).

3. Avaliação dos resultados a partir dos objetivos específicos propostos no item anterior e do processo de desenvolvimento do programa educativo com os funcionários.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

1. MODELO DE AVALIAÇÃO

Com o intuito de realizar a avaliação de um programa educativo foi feito um estudo utilizando o modelo pré-experimental de acordo com a classificação de CAMPBELL & STANLEY (1979), que pressupõe a realização de um pré-teste (avaliação diagnóstica inicial) e um pós-teste (avaliação final) a um mesmo grupo que sofreu uma intervenção (programa educativo), sendo que a avaliação se dará pela comparação entre as situações inicial e final através de mensuração qualitativa, tendo-se em vista os objetivos do estudo.

As condições de trabalho e os recursos disponíveis para a pesquisa não permitiram a utilização de modelos experimentais mais elaborados.

2. METODOLOGIA QUALITATIVA

A opção metodológica relaciona-se ao objeto de estudo e ao modo como o pesquisador encara a Ciência e a pesquisa científica.

Neste caso, tratando-se de uma pesquisa social cujo objeto de investigação é o comportamento humano e o sujeito dos procedimentos é a pessoa, optou-se pela metodologia qualitativa, que tem como sua hipótese básica a impossibilidade de entender o comportamento humano em sua totalidade sem conhecer o contexto em que ele ocorre. Como

consequência desta perspectiva, os dados qualitativos fornecem maior profundidade e detalhamento a respeito do fenômeno, facilitando seu conhecimento.

Dessa forma, os dados, que serão usados para se comparar a situação inicial e a situação final, serão analisados principalmente sob a perspectiva da metodologia qualitativa.

Estudos têm mostrado a impossibilidade da neutralidade científica mesmo nos casos em que existe um esforço em objetivar e o pesquisador distancia-se do seu objeto de estudo, tentando manter-se neutro, o que é impossível, pois enquanto profissional e cidadão, mantém seus compromissos e posições (FERREIRA, 1981). Desse modo o uso da metodologia qualitativa realizado de acordo com os cânones do método científico não compromete os resultados finais de uma pesquisa. No caso da pesquisa social, ela favorece a aproximação com os sujeitos. O que é preciso é que o pesquisador tenha bem claro e que explicita a filosofia sobre a qual define o seu papel em relação ao mundo e aos outros (VIEIRA & CAMPOS, 1980).

Com o intuito de explicitar nosso entendimento a respeito da metodologia qualitativa, citaremos algumas características já referidas por outros autores (LUDKE & ANDRÉ, 1986) e compartilhadas por nós:

1. a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento: o contato direto e prolongado do

pesquisador com o ambiente é essencial para que possa entender as circunstâncias particulares em que determinado fenômeno se insere;

2. os dados coletados são predominantemente descritivos: o material obtido é rico em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, já que todos os dados da realidade são considerados importantes;

3. a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto: o interesse do pesquisador é verificar como um determinado problema se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas;

4. o "significado" que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador: há sempre uma busca na tentativa de capturar a maneira como os informantes encaram as questões, que estão sendo focalizadas;

5. a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo: é no desenvolvimento do estudo que as hipóteses vão se definindo e consolidando.

No caso específico do uso da metodologia qualitativa na avaliação de programas, os pesquisadores estarão buscando o entendimento do programa como um todo. Desse modo os métodos qualitativos poderão ter um importante papel tanto na avaliação formativa como na somativa. Algumas das funções dos métodos qualitativos na avaliação são (MULLEN & IVERSON, 1986):

1. Fornecer ferramentas para o desenvolvimento e o delineamento de elementos de um programa: para o bom andamento de um programa não basta a descrição da população-alvo mas também é necessário o conhecimento do contexto social no qual o novo comportamento deverá ser introduzido, do contexto organizacional no qual se insere o programa e sua interdependência com outros programas e atividades da organização.

2. Elevar o poder do delineamento quasi-experimental: métodos qualitativos podem ter uma valiosa função de apoio já que permitem que um delineamento quantitativo seja ajustado às circunstâncias do programa. A ausência de um pré-teste pode ser compensada com a utilização de um grupo controle para comparações acrescida de informações obtidas através de medidas qualitativas.

3. Aumentar o campo de observação: a abordagem qualitativa pode auxiliar alargando o campo de observação para "capturar" efeitos reais e não só aqueles imaginados pelos planejadores do programa.

4. Analisar o processo em profundidade: dados qualitativos podem ajudar no entendimento sobre como, porque e sob quais condições um programa é efetivado e seus resultados alcançados. O exame em profundidade de casos selecionados - clientes individuais, membros da administração ou programas locais - pode ser útil em certas avaliações por fornecer dados específicos.

5. Gerar teoria: enquanto métodos quantitativos têm largamente se desenvolvido com o intuito de confirmar ou verificar teorias, os métodos qualitativos têm se desenvolvido para descobrir ou gerar teorias.

6. Ser uma alternativa aos delineamentos quantitativos: alguns programas por serem mais amplos não conseguem ser abarcados pelos métodos quantitativos de avaliação já que seus objetivos, pelo menos inicialmente, são difusos e não completamente mensuráveis do ponto de vista quantitativo.

Um outro aspecto que diferencia a metodologia qualitativa são as estratégias para a seleção da amostra. A metodologia quantitativa utiliza-se da amostra randomizada com o objetivo de elevar a probabilidade de que os dados coletados sejam representativos de toda a população em estudo.

No caso da metodologia qualitativa pode-se dizer que as amostras são intencionais ("purposeful sampling"), já que se busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. A amostra intencional será composta diferentemente de acordo com os objetivos e o propósito do estudo. Ela pode ser composta pelos casos extremos ou desviantes, pelos casos típicos, pelos casos variantes segundo uma dimensão escolhida (local, orçamento, tamanho), pelos casos críticos, pelos casos mais delicados ou politicamente importantes ou, finalmente, a amostra pode ser

a mais "conveniente" e ser composta pelos casos mais fáceis de serem examinados que economizam tempo, dinheiro e esforço. Obviamente o último caso é o menos recomendado, a não ser que existam limitações insolúveis.

Ao se discutir a validade dos resultados obtidos através da metodologia qualitativa, a questão mais frequentemente levantada é a da subjetividade do pesquisador. Reconhecendo-se que é impossível separar totalmente os valores pessoais do processo de pesquisa é recomendável que o pesquisador revele os seus preconceitos, valores e pressupostos a fim de que os próprios leitores possam julgar o seu peso relativo no desenvolvimento do trabalho. Além disso, é preciso explicitar bem quais os critérios para selecionar os indivíduos e os grupos, os dados, as situações, etc.

Outra questão diretamente ligada à validade do estudo é a frequência, duração e periodicidade das observações. Para retratar um fenômeno de forma completa é preciso que os dados sejam coletados em diversas situações e utilizando várias fontes. Uma estratégia proposta por DENZIN (PATTON, 1980) é a "triangulação" que consiste na checagem de um dado obtido através de diferentes informantes, em situações variadas e em momentos diferentes. Esse processo pode ser fortalecido com o uso de diferentes métodos de coleta de dados e diferentes observadores. No caso da pesquisa qualitativa não existem critérios absolutos, mas deve existir um certo consenso sobre a veracidade daquilo

que foi apreendido num determinado momento. é importante, também manter uma atitude flexível e aberta, admitindo que outras interpretações também podem ser sugeridas e discutidas.

Um ponto que reforça a escolha da metodologia qualitativa é a afirmação feita por FERREIRA(1981), de que ao optar "por métodos e técnicas centradas no sujeito e que privilegiem dados qualitativos estou sendo solidária e porta-voz da comunidade pesquisada". Este é um objetivos deste estudo: ser porta-voz das necessidades e expectativas de uma parcela dos profissionais de saúde: os funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista.

3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo compreendeu a quase totalidade do quadro de funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista, foram excluídos os profissionais cujas atividades eram vinculadas exclusivamente ao serviço de pronto-atendimento, portanto plantonistas, o que praticamente inviabilizava o estabelecimento de vínculos mais estreitos com o serviço, com os colegas e com a população.

O número de funcionários considerado como população de estudo variou durante o desenvolvimento do trabalho já que o quadro funcional modificou-se ao longo de dois anos, período total que durou o estudo.

O quadro de funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista compreende os funcionários das três unidades existentes no município. O setor administrativo e a gerência do serviço foram considerados como pertencentes à Unidade Central por assim se considerarem e ocuparem esse espaço físico.

O reduzido tamanho do Departamento de Saúde do Município fez com que fosse considerado como sinônimo de Unidade Básica de Saúde, enquanto área de atuação deste projeto.

4. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL

A avaliação diagnóstica inicial foi realizada através de dois instrumentos: entrevista individual e entrevista em grupo por categoria profissional, ambas abertas, mas com um roteiro pré-estabelecido.

A entrevista individual foi feita com o maior número possível de funcionários, segundo os critérios já descritos e teve por objetivo obter de cada funcionário dados referentes à sua identificação, tempo de serviço, local de moradia, escolaridade, aspirações profissionais, percepções sobre sua função, o desempenho de ações educativas e participação na gestão da Unidade de Saúde (Anexo 1).

A escolha da entrevista grupal, por categoria, como segundo instrumento para esta avaliação diagnóstica teve três objetivos: permitir um aprofundamento das questões abordadas na entrevista individual através da discussão entre pares da mesma categoria, procurando apreender os aspectos mais significativos de cada tema para cada grupo de profissionais; facilitar a aproximação da pesquisadora junto aos funcionários com vistas à intervenção que seria posteriormente realizada (programa educativo) e facilitar a integração intra-equipe e a prática de discussão conjunta de problemas comuns referentes à prestação de serviços na área da saúde, também objetivos do projeto.

Em alguns casos a entrevista em grupo aglutinou categorias profissionais, próximas pelas funções realizadas, (auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dental) ou por comporem uma mesma equipe de atendimento (saúde mental).

Para a realização destas entrevistas foram feitas reuniões cujo número variou conforme a categoria, em função do "andamento" de cada grupo. Estas reuniões tiveram a coordenação da pesquisadora, que contou com a colaboração da assistente social da Unidade na tarefa de auxiliar na organização e na condução dessas reuniões.

A Tabela 1 apresenta a distribuição do número de profissionais existentes no serviço na época da realização das entrevistas individuais e o número de entrevistas individuais realizadas, por categoria profissional. O

número de profissionais entrevistados correspondeu a aproximadamente 78,0% dos profissionais existentes no serviço, considerados como população de estudo.

A Tabela 2 apresenta a distribuição do número de reuniões realizadas para as entrevistas grupais e o número de participantes por reunião, por categoria profissional.

Com relação ao comparecimento dos funcionários, ele variou de acordo com as condições de organização do próprio serviço e com o interesse de cada funcionário, sendo que tudo foi feito para que se pudesse contar com a participação da maioria e que todos se envolvessem.

TABELA 1 - Distribuição do número de profissionais existentes no serviço e o número de entrevistas individuais realizadas para a avaliação diagnóstica inicial, segundo categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de profissionais existentes no serviço	Nº de entrevistas realizadas
Serventes	10	8
Cozinheiras	3	2
Vigias	3	2
Motoristas	11	8
Administração/Almoxarifado	5	4
Farmácia	2	2
SAHE	11	10
Visitadores Sanitários	2	2
Atendentes de Enfermagem	11	5
Auxiliares de Enfermagem	9	9
Auxiliares de Cons. Dentário	6	6
Técnicos de Higiene Dental	3	3
Médicos	11	9
Enfermeiras	5	4
Dentistas	5	3
Psicólogos	3	1
Psiquiatras	3	2
Assistente Social	1	1
Diretor	1	1
TOTAL	105	82

TABELA 2 - Distribuição do número de reuniões realizadas para a entrevista em grupo e o número de participantes por reunião, na avaliação diagnóstica inicial, por categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de reuniões	Nº de participantes por reunião
Serventes e Cozinheiras	4	8-7-6-5
Vigias e Motoristas	3	6-3-3
Administração/Almoxarifado/ Farmácia	3	4-3-4
SAME	3	5-4-3
Atendentes de Enfermagem	4	4-5-7-4
Auxiliares de Enfermagem	3	3-3-3
Técnicos de Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário	3	7-7-5
Médicos	2	8-8
Enfermeiras	3	2-3-3
Dentistas	1	2
Equipe Saúde Mental (Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras)	2	4-4
TOTAL	31	-

Ao falar de técnicas de pesquisa torna-se importante destacar as críticas feitas por THIOLENT segundo BRIOSCHI & TRIGO (1987), à "transformação dos meios de captação das informações em fins em si, numa supervalorização dos instrumentos de observação e verificação da técnica, que dispensa a elaboração teórica. Dessa maneira, critica não somente um procedimento científico convencional, mas atinge, também, um neo-positivismo que se instalou dentro do empiricismo qualitativo: a transformação do discurso em fato social e a ausência de elaboração teórica a priori, para permitir que os dados falem por si só".

Na situação de entrevista o investigador não pode ser considerado como um observador neutro pois "leva para a situação de entrevista seus determinantes de classe, formação cultural, profissional, sexo e idade". Assim, "o processo de coleta de dados é percebido como um processo de comunicação e de interação social no qual a neutralidade da observação é substituída por um questionamento, envolvendo as condições da situação de entrevista, em todos os seus aspectos" (BRIOSCHI & TRIGO, 1987).

O sentido de "adotar essa postura teórica é aceitar que os dados não falam por si só, mas perceber que se estabelece uma relação dialética entre teoria e prática: o sujeito reelaborando seus conhecimentos prévios em função do contato com o objeto e, com isso, podendo chegar a novos

níveis de percepção desse mesmo objeto" (BRIOSCHI & TRIGO, 1987).

Para THIOLENT(1982) "no processo de investigação o objetivo da entrevista não diretiva consiste em captar as identificações através da fala dos indivíduos, mediante a superação das censuras que nelas se manifestam. Isto permitiria uma apreensão da ideologia nas suas dimensões social e individual".

BRIOSCHI & TRIGO (1987) dizem que no fundo da narrativa está a realidade social e coletiva incorporada pelo sujeito.

A entrevista grupal (HAGUETTE, 1990; LUDKE & ANDRÉ, 1986; PATTON, 1980) é uma das técnicas utilizadas na metodologia qualitativa e aproxima-se em suas características principais de outra técnica usada pela metodologia qualitativa: o grupo foco (GLIK e col., 1988; RAMIREZ & SHEPPERD, 1988; BASCH, 1987; KRUEGER, 1989).

Ambas consistem numa reunião informal com alguns membros da população-alvo (entre 6 e 12 pessoas) para discutir vários aspectos de um tema específico ou de um problema comum. As reuniões têm duração aproximada de uma hora e meia e são conduzidas por um moderador.

Ao se utilizar estas técnicas tem-se como objetivo principal obter informações, realizar uma constatação, sem provocar mudanças. As informações obtidas poderão ser, posteriormente, utilizadas num programa de intervenção.

A seleção dos participantes pode seguir os critérios da amostragem intencional, selecionando indivíduos que possam fornecer o maior número de dados úteis para o objetivo da pesquisa. Para o êxito das técnicas algumas considerações são importantes para guiar a composição dos grupos: deve-se tentar alcançar certa homogeneidade entre os membros do grupo para que se sintam à vontade para expressarem suas idéias sobre o tema que, de alguma forma, deve ser comum a todos os membros.

As reuniões deverão ser gravadas, com o consentimento dos participantes, para facilitar a análise posterior.

Geralmente são necessárias entre 1 e 3 reuniões com cada grupo para esgotar o assunto. Sempre há um moderador em cada grupo que utiliza um roteiro de questões para orientar e focalizar a discussão.

Os aspectos envolvidos na análise dos dados obtidos através dessas técnicas são os mesmos que se pode referir para a análise de qualquer estudo qualitativo.

A análise está presente em vários estágios da investigação. No início o foco de estudo é muito amplo, depois de algum tempo já é possível, através de sucessivos procedimentos analíticos onde se procura verificar a pertinência das questões selecionadas frente às características específicas da situação estudada, ir restringindo a problemática. Isto faz com que a coleta de dados torne-se mais concentrada e produtiva e sejam

formuladas algumas questões mais específicas, que também auxiliam na sistematização da coleta de dados.

O uso extensivo de comentários e observações feitas ao longo da coleta de dados pode ajudar na elucidação de alguns pontos no final do estudo.

Especificamente a análise dos dados obtidos nas entrevistas em grupo deu-se na seguinte sequência: as fitas foram transcritas; a transcrição foi dividida em segmentos de acordo com as categorias de análise definidas a partir dos objetivos do estudo e do modelo conceitual (ou referencial teórico) adotado (a educação continuada e a participação dos profissionais de saúde na gestão dos serviços segundo os pressupostos da Reforma Sanitária) e então, foi feita a análise e interpretação dos segmentos (análise temática).

Como o tema central é a participação no processo de planejamento e gestão do serviço, foi feita uma análise procurando verificar aproximações e distanciamentos das situações apresentadas em relação às propostas expressas nos documentos e textos lidos.

As entrevistas individuais (não gravadas) serviram para complementar e reforçar a análise realizada.

É necessário destacar que essa etapa demandou bastante tempo (além do previsto e do que seria adequado) em função de várias intercorrências: dificuldades de horário

comum entre as pessoas envolvidas, dificuldades para suspender as atividades rotineiras, e outras.

5. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

5.1 PRESSUPOSTOS

Realizando-se uma análise das possibilidades de atuação na área de formação de pessoal nas organizações encontra-se, basicamente, duas tendências opostas: "na primeira, as ações de formação não têm poder de transformação das pessoas, das relações de trabalho, nem da realidade profissional; de acordo com a segunda, essas ações podem vir a representar um espaço político, embora limitado e de importância relativa, na superação de contradições internas e externas às organizações" (AMARAL, 1987). Esta segunda tendência acredita que "as mudanças podem operar-se no interior dos sistemas, nos diferentes grupos a nível micropolítico, pelo aproveitamento de oportunidades de transformação que são oferecidas pela mudança de qualidade e pela maturação das relações sociais" (AMARAL, 1987).

No caso do programa de educação continuada que se pretendeu desenvolver junto aos funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista, a idéia foi realizá-lo numa perspectiva de uma ação que, além de transformadora, permitisse às pessoas serem percebidas como sujeitos, seres auto-determinados, capazes de procederem criticamente a uma

leitura satisfatória da sua realidade e de suas relações com o mundo.

Aplicando os conceitos de FREIRE à formação de pessoal, como faz AMARAL(1987), teríamos um projeto educativo oposto a uma prática domesticadora que teria como objetivo a transformação de funcionários em produtores eficientes, segundo padrões determinados pelos que controlam as decisões nas organizações. Assim, teríamos um projeto educativo que privilegiaria a educação problematizadora, abandonando a educação bancária (FREIRE, 1983). AMARAL(1987) citando FREIRE e GADOTTI, destaca que o homem só se sente ser no mundo, quando não está isolado e esse isolamento é rompido pela comunicação, sendo a realidade (concretizada através do seu trabalho) mediadora nesse processo de encontro com os demais, ou seja, a discussão a partir do trabalho é um instrumento riquíssimo para uma ação de mudança.

Mas, além dessas questões, o próprio FREIRE, quando indagado a respeito dos programas de formação e desenvolvimento de pessoal, salientou que o problema principal é político e ideológico, muito mais do que um problema de pedagogia, técnico ou de métodos de ensino, pois tem a ver com os limites de ação do empregado, que mesmo passando por um programa de desenvolvimento de pessoal com uma visão mais progressista, não terá no seu espaço de trabalho condições de atuar de modo transformador já que

esse papel, geralmente, não é o esperado pela instituição empregadora (PROCESSO, 1989).

Além disso, é preciso lembrar que um programa de formação de pessoal em serviço dirige-se a uma clientela já adulta com diferentes experiências pessoais e profissionais que devem ser consideradas. A motivação dos adultos pela aprendizagem está relacionada com a superação de situações-problema e a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos.

Um programa de formação de pessoal como prática de uma educação transformadora caracteriza-se por:

- propiciar o rompimento de equilíbrios, o desvelamento de contradições, com vistas à sua superação;

- deixar o educando diante de alternativas divergentes, tanto em questões fundamentais como em outras mais simples, visando à crítica das teorias e das visões fragmentárias e parciais das coisas;

- facilitar a *"decifração do mundo, que vai além das máscaras e aparências"*;

- facilitar o encontro, a permanente troca de experiências;

- atuar sobre um conteúdo, cujo papel é não apenas desvelar a realidade, mas também subsidiar a busca e a formulação de soluções concretas e factíveis a serem introduzidas na prática (um conteúdo que tem limitações só é útil à medida que mostra os primeiros passos em direção à transformação, que deverão conduzir à prática, assim como a prática deverá ter conduzido à reflexão);

- concretizar a experiência de uma relação democrática entre educador e educando (está relativamente consagrado o caráter autoritário e dependente do vínculo pedagógico, que costuma se reproduzir de forma mais ou menos inconsciente, reproduzindo, aliás, as relações de poder dos demais contextos: *os que sabem transmitem aos que não sabem*). O vínculo democrático e andragógico modifica a relação dependente, encaminhando-a para graus progressivos de independência. O conteúdo, dessa perspectiva, deixa de ser algo que se transmite e se consome para tornar-se a matéria-prima de uma produção em que o educador e o educando, embora com diferentes papéis, partilham de uma relação mais horizontal, sem autoritarismo e sem subordinação;

- estimular a participação entendida como *"tomar parte em"* e não *"formar parte de"*, o que indica o direito de intervir na tomada de decisões - para tanto deve-se criar efetivas condições que a viabilizem, o que implica: 1) *consciência do direito de interferir e do seu dever de ocupar as margens que lhe são oferecidas*; 2) *capacidade, isto é, saber fazer para usar efetivamente o seu direito de participar do processo*; 3) *organização para que sua participação tenha relevância social e seja considerada necessária dentro do processo*;

- utilizar predominantemente metodologias ativo-reflexivas que estimulem a capacidade de raciocinar, de participar, de compartilhar experiências, de atuar criativamente, de comprometer-se com a mudança;

- levar em conta a importância do clima e do relacionamento interpessoal como base de um vínculo pedagógico afetivo e como facilitadores de uma aprendizagem significativa" (AMARAL, 1987).

Ao falar de uma educação transformadora aplicada à formação de pessoal em serviço pode-se destacar que FREIRE tem como premissa principal que a educação não é neutra e tem lugar no contexto de vida das pessoas, além disso ela deve poder encorajar as pessoas a questionarem criticamente as tarefas diárias e a sua participação na vida social e política da sociedade, acreditando em si mesmas e no seu conhecimento (WALLERSTEIN & BERNSTEIN, 1988).

Explicitando um pouco mais a abordagem freiriana voltada para a educação para a consciência crítica tem-se os seguintes passos: a) refletir sobre aspectos de sua realidade; b) olhar para as causas mais profundas ocultas por trás dos problemas imediatos; c) examinar as implicações e consequências destes temas em debate; d) desenvolver um plano de ação para lidar com os problemas identificados coletivamente (MINKLER & COX).

Ao se propor um trabalho com essa abordagem na formação de pessoal em serviço o tema do compromisso do profissional com a sociedade também estará sendo considerado

como um componente a ser integrado, principalmente por se referir a um serviço público (FREIRE, 1982).

5.2 EXECUÇÃO

Após a realização das entrevistas individuais e em grupo por categoria profissional e com as informações obtidas, os funcionários foram divididos nos dois grandes grupos identificados: pessoal auxiliar e profissionais universitários. Em conjunto, a equipe da pesquisa e os funcionários planejaram programas de aprimoramento para atender necessidades específicas de cada grupo. A técnica de trabalho em grupo foi a do "grupo operativo que permite o encontro de um conjunto de pessoas operando em equipe para atingir um objetivo comum" (FALSETTI). Esta técnica (FALSETTI; PICHON-RIVIERE, 1988), que privilegia o diálogo e a troca de conhecimentos e sentimentos tem todas as possibilidades de favorecer o atendimento primordial das necessidades e expectativas levantadas.

O privilegiamento do diálogo não deve ser visto como uma atitude ingênua, descontextualizada da questão da existência de classes sociais distintas na sociedade, das relações de conflito que partilham, mas sim como uma estratégia de superação da opressão (FREIRE, 1983). O diálogo tanto pode se dar entre iguais como entre diferentes, ele só não pode ocorrer entre antagônicos, como afirma GADOTTI (1987). Neste caso pretende-se trabalhar com grupos iguais e diferentes, considerando que entre estes

está presente o conflito que não deve ser ocultado, mas afrontado, desocultado para que possa ser superado, já que se acredita existir entre eles, o respeito ao fundamental, àquilo que garante a convivência comum.

Esta proposta de trabalho em grupo de PICHON-RIVIERE aproxima-se da proposta educativa de FREIRE, por ambas se basearem na experiência vivencial: "FREIRE através da busca de elementos das relações culturais do povo com o meio, utilizando informações que tragam concretamente para a relação de aprendizagem o dia-a-dia do educando e permitindo sua interação com o educador, que é também, neste momento, um aprendiz; PICHON-RIVIERE através do desenvolvimento da técnica de grupos operativos, que implica na aprendizagem mediante a absorção da informação e sua re-elaboração, elegendo o grupo como espaço adequado para tal" (PROCESSO, 1989).

ABRAHÃO (PROCESSO, 1989) ainda aprofunda mais as aproximações entre as duas propostas: "o movimento dialético que se estabelece entre o homem e seu meio, numa constante captação - transformação - devolução modificadora dos elementos que nos rodeiam, estabelecendo um processo contínuo e dinâmico com amplo sentido de direção e não a estática passividade daquele que aprende tudo o que lhe é dado por aquele que ensina".

O importante na utilização do grupo operativo é que a figura do educador, que sabe e é poderoso, desaparece. Isto permite o intercâmbio de experiências e idéias entre

todos num nível de igualdade. É preciso lembrar aqui novamente a idéia do diálogo entre diferentes; o nível de igualdade refere-se a garantia de um espaço, de um momento, onde o coordenador ao se centrar nos seres humanos que integram o grupo, procura facilitar uma comunicação que vá além do superficial, que permite a emergência do conflito e da contradição.

Os propósitos, problemas, recursos e conflitos do grupo devem ser examinados pelo grupo, sempre em relação à tarefa ou objetivos em questão. A capacitação dos participantes deverá ser uma decorrência do processo vivido, através da participação no grupo.

Para PICHON-RIVIERE na técnica de grupo operativo é fundamental respeitar o emergente do grupo, trabalhar a partir das informações, que o grupo traz e modifica ao longo do processo.

A utilização desta técnica está de acordo com o objetivo de realizar uma experiência pedagógica, que permita trabalhar as contradições internas e externas às organizações (a segunda tendência na formação de pessoal descrita anteriormente), embora sabendo que elas não serão superadas, porque são decorrência do conflito fundamental existente entre as classes nas sociedades capitalistas, especialmente de terceiro mundo.

As reuniões com cada grupo também foram gravadas e posteriormente transcritas para facilitar a análise do processo.

6. AVALIAÇÃO FINAL

Após o término das reuniões organizou-se um processo de avaliação do programa a partir de entrevistas individuais com os participantes das várias fases (Anexo 2).

Foram estabelecidos alguns critérios para selecionar os funcionários a serem entrevistados: funcionários que estavam no serviço no período da avaliação diagnóstica inicial e que tivessem feito a entrevista individual inicial ou a entrevista em grupo ou participado de pelo menos 50% do programa educativo e também os funcionários que já estavam no serviço no período da avaliação diagnóstica inicial mas não a tivessem feito e nem participado de nenhuma atividade posterior.

Desse modo pretendeu-se cobrir o universo de entrevistados que poderiam contribuir nesse processo de avaliação.

O total de entrevistas foi de 65, correspondendo a aproximadamente 75,0% do total de funcionários existentes no Departamento de Saúde no período de realização da avaliação final.

A Tabela 3 mostra a distribuição do número de profissionais existentes no serviço e o número de entrevistas individuais realizadas na avaliação final, segundo categoria profissional.

TABELA 3 - Distribuição do número de profissionais existentes no serviço e o número de entrevistas individuais realizadas na avaliação final, por categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de profissionais existentes no serviço	Nº de entrevistas individuais realizadas
Serventes	8	6
Cozinheiras	2	2
Vigias	2	1
Motoristas	8	6
Administração/Almoxarifado/Farmácia	5	5
SAHE	11	10
Visitadores Sanitários	2	2
Atendentes de Enfermagem	6	2
Auxiliares de Enfermagem	9	6
Auxiliares de Consultório		
Dentário	6	6
Técnicos de Higiene		
Dental	2	2
Médicos	10	6
Enfermeiros	5	3
Dentistas	3	1
Psicólogos	3	2
Psiquiatras	2	2
Terapeuta Ocupacional	1	1
Assistente Social	1	1
Diretor	1	1
TOTAL	87	65

CAPÍTULO IV - O ESTUDO

1. CATEGORIAS DE ANÁLISE PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

A avaliação do programa educativo desenvolvido durante o projeto foi realizada pela comparação entre a situação inicial, pré-programa, com dados obtidos pela avaliação diagnóstica inicial, e a situação final, pós-programa, com os dados obtidos pela avaliação final.

Para fazer tal comparação foram utilizadas algumas categorias de análise estabelecidas a partir de uma "leitura contínua" dos dados obtidos.

A análise foi realizada considerando-se os dois grandes grupos de funcionários identificados como característicos pelas suas singularidades e diferenças: pessoal auxiliar e profissionais universitários.

As categorias de análise na avaliação diagnóstica inicial foram: necessidades sentidas, percepção sobre a finalidade da Unidade Básica de Saúde, percepção sobre o papel de cada elemento da equipe, orientação recebida e finalidade/importância das funções técnicas e das funções educativas, atitude diante da participação da população e interesse por cursos e/ou discussão.

Na avaliação final foram acrescentadas mais três categorias de análise: percepção sobre o objetivo das reuniões (programa educativo), avaliação da metodologia utilizada nas reuniões (programa educativo) e mudanças sentidas como consequência do programa educativo.

2. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL

Os dados das entrevistas individuais serviram como subsídios para o planejamento das entrevistas em grupo por categoria profissional, permitindo ir mais a fundo nas questões levantadas inicialmente, possibilitando a identificação de aspectos mais problemáticos do funcionamento do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista.

Os aspectos levantados serão apresentados de forma descritiva e separados pelos temas considerados como categorias de análise.

Esta etapa do trabalho permitiu separar pela identidade apresentada dois grandes grupos de funcionários: pessoal auxiliar e profissionais universitários. Cada um dos grupos apresentou características próprias e formas de exposição e abordagem dos problemas (sejam eles iguais ou diferentes) diversas.

A seguir são apresentados os quadros-síntese de cada tema de análise e comentados os aspectos mais relevantes.

QUADRO 1

NECESSIDADES SENTIDAS

PESSOAL AUXILIAR

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS

Melhorar

- Comunicação interna

- Comunicação interna

- relação

- integração:

. inter-profissional

. atendimento ambulatorial

. pessoal de saúde e clientela

e atendimento no P.A.

. inter equipes

- distribuição do espaço

- distribuição do espaço

Pessoal

. capacitação técnica

. fixação dos profissionais na UBS

Material de consumo e permanente

- maior quantidade

- melhor manutenção dos equipamentos

- esclarecimento da proposta de trabalho e do modelo assistencial: "Consultório Médico de Família".

No quadro 1 referente às necessidades sentidas encontra-se como mais relevante, nos dois grupos, a necessidade de melhoria na comunicação interna assim expressa pelo pessoal auxiliar:

(Pessoal Auxiliar): "Eu acho que eles passam pra pessoa errada uma coisa que eles deveriam passar pra gente... mudou o laboratório e eles falam pro motorista. O que é que o motorista tem com isso? O motorista só leva o exame e eu acho que não tem nada a ver. Eu acho que o primeiro que deveria saber era a gente".

(Pessoal Auxiliar): "Eu acho que não poderia ter exceção já que é pra um, é pra todos. Você tá falando uma coisa que foi passada pra você, então de repente, aquilo não vira mais ordem, aquilo se dissipa, porque o diretor deu ordem para fazer, então quem acaba sendo a maldosa acaba sendo nós, que nós não quisemos fazer entendeu, não é porque é a regra do lugar é porque você não quis fazer".

Alguns profissionais universitários também valorizaram a questão assim expressando sua concordância:

(Profissionais Universitários): "a gente tem uma reunião por mês de equipe: é muito pouco. Como vai circular uma informação legal? Porque uma coisa é estar com uma pessoa, depois com a outra, separadamente. O que uma fica sabendo, a outra não fica."

Entre o Pessoal Auxiliar destaca-se a necessidade da melhoria da relação inter-profissional:

(Pessoal Auxiliar): "...e tem gente que é um demônio, vai falando como se você fosse a empregada da casa dela ou qualquer coisa assim. Bom, mas se elas querem ser respeitadas, elas tem que primeiro respeitar a gente. É tão bom quando elas chegam assim e tão numa boa, a gente fica boa".

(Pessoal Auxiliar): "... Eu já tive experiência de trabalhar em serviço fora e tudo é igual, enfermeira, assistente social, faxineira, tudo é tratado igual, sabe? Não tem essa diferença daqui".

(Pessoal Auxiliar): "... o pessoal não tá se entrosando mais, então acho que mudou muito o relacionamento, ... é que a gente está também cada vez mais isolado com o seu serviço, setor".

Os profissionais universitários também destacaram a necessidade de maior integração inter-equipes:

(Profissionais Universitários): *"eu acho que a dificuldade entre as equipes existe sim".*

(Profissionais Universitários): *"a gente não conhece o trabalho geral".*

Entre o pessoal auxiliar também aparece a necessidade de melhoria da relação do pessoal de saúde com a clientela; que no momento é conflituosa:

(Pessoal Auxiliar): *... "então é outro assunto, outra versão, então o cliente tem sempre razão, né?"*

(Pessoal Auxiliar): *"... aqui eles acham que é hospital, eles perguntam prá gente se tem maternidade ou se tem raio X, ..., então eles acham que a gente é obrigada a fazer essas coisas e quando não tem exame eles xingam a gente".*

(Pessoal Auxiliar): *"... como hoje tá aqui dentro já viu que não é assim, já viu como é difícil lidar com o público ... já está dando razão prá gente."*

Os profissionais universitários destacaram a necessidade de maior integração entre o atendimento ambulatorial e o pronto-atendimento.

(Profissionais Universitários): "... o que eu acho é o seguinte, o lance é você ter uma integração legal com esse FA, entendeu, porque não pode ser um FA que manda o paciente prá's cucuias, que desfaça o seu trabalho, mas que veja o serviço da forma como ele é organizado".

(Profissionais Universitários): "... depois a gente vê na carteirinha, que ela passou hoje no FA e amanhã ela tinha consulta agendada".

(Profissionais Universitários): "... é um FA que na realidade acaba sendo um Fronto Socorro sem estrutura e o atendimento é paliativo..."

Os profissionais universitários também sentiram a necessidade de maior esclarecimento quanto à organização e viabilidade de implantação do modelo assistencial proposto na ocasião para todo o serviço ("Consultório Médico de Família") dentro do contexto existente:

(Profissionais Universitários): "... até hoje eu ainda não consegui me sentir um médico de família, né, e nem tive a oportunidade de mostrar um trabalho, nem tempo prá me integrar com a comunidade prá conhecê-la."

Encontra-se ainda, como problemas citados pelos dois grupos, a distribuição do espaço físico prejudicando o desenvolvimento de alguns trabalhos:

(Profissionais Universitários): "ter outra sala pró pronto-atendimento odontológico."

(Pessoal Auxiliar): "Essa bagunça da cozinha? Não tem espaço".

Entre o pessoal auxiliar também foi mencionada a necessidade de capacitação técnica adequada para os funcionários:

(Pessoal Auxiliar): "... falta de orientação para o trabalho".

(Pessoal Auxiliar): "É atendente, aplica soro, essas coisa, medicação via oral. Quando não tinha auxiliar a atendente fazia. A gente vai fazer o curso, aprender cada vez mais, eu acho que vai ser muito bom".

Também foi citada a necessidade de maior quantidade de material de consumo:

(Pessoal Auxiliar): "... material de cirurgia para odonto, se tem muita emergência, além dos agendados acaba faltando material".

(Pessoal Auxiliar): "... aí eu falei para ela que a partir do momento que puserem material aqui, as meninas fazem tudo direitinho. Veja: não tem balde, não tem vassoura, não tem rodo, o que a gente tá fazendo é milagre".

Sobre as questões de pessoal, os profissionais universitários apontaram a necessidade de fixação dos profissionais na UBS evitando a rotatividade:

(Profissionais Universitários): "... Acho que no serviço tem essa coisa das equipes não serem constantes, há muitas mudanças, que prejudicam o relacionamento e o trabalho".

A melhor manutenção dos equipamentos também foi citada:

(Profissionais Universitários): "... Eu acho que faltou verba para a manutenção dos equipamentos."

QUADRO 2

PERCEPÇÃO SOBRE A FINALIDADE DA UBS

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
- orientar a população	:	- oferecer uma boa assistência
	:	
- assistência à saúde: seguimento, tratamento	:	- integrar o preventivo e o curativo
	:	
	:	- modificar o modelo clássico de assistência
	:	

No quadro 2 vê-se que o pessoal auxiliar refere como finalidade da UBS a orientação à população sobre questões de saúde:

(Pessoal Auxiliar): *"serve também para orientar. Porque, parece que aqui estão aprendendo mais, porque aqui tem orientação dos médicos, das enfermeiras, orientação de gravidez, de aborto, de anticoncepcionais, preservativos, DIU, tem tudo nesse prédio".*

O pessoal auxiliar também cita a assistência à saúde contínua como uma finalidade da UBS, não reconhecida pela população:

(Pessoal Auxiliar): *"... que é o objetivo aqui dessa unidade, é fazer um tratamento, né, bem mais específico. De repente o pessoal chega aqui e tá com dor de cabeça, vem para passar, pegar um remédio e vai embora. Na semana que vem volta com dor de barriga. Não pensa que deveria fazer um tratamento... eu acho que o específico dessa Unidade é fazer tratamento".*

Mas, ao mesmo tempo que critica a população, deixa transparecer sua concordância com ela, enfatizando os objetivos curativos da UBS e a ênfase na doença:

(Pessoal Auxiliar): "... *tratar de doentes*".

Os profissionais universitários citam como objetivo o oferecimento de uma boa assistência:

(Profissionais Universitários): "... *Não só espera como ela (população) merece uma boa qualidade de assistência e nós como bons profissionais temos que dar essa boa qualidade, é obrigação nossa; nós estamos aqui para servir essa comunidade. Se nós fizermos uma boa assistência não vamos estar fazendo mais do que a nossa obrigação.*"

Também destacam a preocupação com a prevenção:

(Profissionais Universitários): "... *é saúde pública, prevenção, mas isso não acontece sempre*".

Os profissionais universitários ainda destacam o desejo de modificar o modelo clássico de assistência:

(Profissionais Universitários): "... *mas prá gente quebrar essa barreira entre médico e paciente o que a gente tem que fazer é a proposta do médico de família entendeu, ir até eles, atender toda a família, conhecer os seus problemas, fazer uma visita na casa deles...*"

(Profissionais Universitários): "... ser diferente dos médicos tradicionais sempre foi a minha meta desde que eu sou médico, não sei se eu tô ganhando com isso, mas me faz bem ser. (...) Eu converso diferente com as pessoas, com os pacientes, né? Com isso eu tô fazendo uma coisa que me satisfaz, tô provocando mudanças, o que é uma coisa boa."

A análise deste tema permitiu perceber que os profissionais universitários têm tido mais acesso às fontes de informação sobre a Reforma Sanitária e sobre o Sistema de Saúde. Suas falas parecem demonstrar que estão mais predispostos a concretizarem a transformação. Não separaram prevenção e cura, como finalidade do serviço, tendo atribuído maior importância, em relação ao que geralmente se observa, à prevenção como finalidade do trabalho realizado pelo serviço de saúde.

QUADRO 3

PERCEPÇÃO SOBRE O PAPEL DE CADA ELEMENTO DA EQUIPE

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
	:	
- interferência do "poder" nas relações	:	- interferência do "poder" nas relações
. intra-equipes	:	. intra-equipes
. inter-equipes	:	. inter-equipes
	:	
- não há clareza na identificação/determinação	:	
do papel de cada categoria profissional, or-	:	
ganograma	:	
	:	
	:	

No quadro 3, cujo tema é a percepção sobre o papel de cada elemento da equipe, nota-se que os dois grupos perceberam que havia a interferência dos poderes constituídos, de vários níveis, nas relações dentro do serviço e isso foi considerado um fator negativo no desenvolvimento de um bom trabalho. Na análise das relações de poder na Unidade destacaram:

- Poder municipal:

(Pessoal Auxiliar): "... Porque 163 pessoas é parente do Prefeito e quer impor e acham que a gente é monstro, que a gente trata mal, que a gente não sabe fazer".

- Poder hierárquico formal dentro da Unidade:

(Pessoal Auxiliar): "... aí a nossa chefe disse que não podia, mas o diretor do Departamento falou que podia deixar, então a mulher saiu dando risada da nossa cara".

(Profissionais Universitários): "... Ah, sim, aqui a gente tenta fazer isso através de diálogo (...) mas tem certas coisas que você tem que impor porque prá gente também é imposto".

(Profissionais Universitários): "... enfermeira chefe manda e acabou; obedece porque é chefe, às vezes até está achando que a coisa está errada, mas como a chefe mandou e ela tem medo de perder o emprego, faz. As pessoas são meio bitoladas".

- Poder informal dentro da Unidade de algumas categorias profissionais sobre as demais:

(Profissionais Universitários): "... tem médico que tá viciado, né, quer tudo na mão, os outros estão lá para servi-lo".

O pessoal auxiliar não percebia com clareza o organograma/fluxograma do serviço:

(Pessoal Auxiliar): "... agora a bomba sempre estoura na mão dela (chefe do expediente), então ela é chefe de todos?"

(Pessoal Auxiliar): "... é tem muita chefe, né? Ou de repente, a gente nem sabe quem é chefe, e o relacionamento com a chefia é difícil, né?"

(Pessoal Auxiliar): "... Faz falta saber os cargos das pessoas numa hora dessas, prá gente tá explicando, a gente sente necessidade."

QUADRO 4

ORIENTAÇÃO RECEBIDA E FINALIDADE/IMPORTÂNCIA DAS FUNÇÕES TÉCNICAS E DAS FUNÇÕES EDUCATIVAS

PESSOAL AUXILIAR

- função educativa junto à população
 - . não clareza quanto ao papel a desempenhar
 - . parece estar próxima à transmissão de informações: "a população guarda muito pouco"
 - . orientação em grupo é mais eficiente
 - . população não entende as explicações dos médicos; pede esclarecimentos para outros funcionários
 - . reconhecem como papel da UBS realizar orientação de caráter preventivo

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS

- função educativa junto à população
 - . não clareza quanto ao papel a desempenhar
 - . processo educativo diferente de doutrinação
 - . processo coletivo
 - . disseminação do saber
 - . existe uma priorização da função técnica pela dificuldade de desenvolver um trabalho diferente
- função educativa junto aos funcionários
 - . desenvolvimento de pessoal
 - . conscientização a respeito da importância e da responsabilidade do trabalho
 - . Larga Escala

Quanto à orientação recebida e a finalidade e importância das funções técnicas e das funções educativas, o quadro 4 mostra que o papel educativo foi referido de modo vago, sem clareza das possibilidades existentes de atuação:

(Pessoal Auxiliar): "... eu acho que devo orientar, primeiro eu colho delas, primeiro eu colho as informações delas, você trabalha em cima daquilo, né?"

Outros consideram que a função educativa pode ocorrer em qualquer relação que se estabeleça com o cliente:

(Pessoal Auxiliar): "...Qual o seu endereço. - Ah, não sei! Qual o seu bairro? Também não sei. Aí você pega um papel, explica para ela, para ela ir levar e trazer escrito, depois quando ela volta ela traz certinho. Depois fica sabendo já."

(Pessoal Auxiliar): "... muitas vezes a gente tá varrendo e às vezes jogam lixo no chão, aí eu falo, se é uma criança: não faz isso. Da próxima vez ele vai procurar o lixinho. Se a mãe estiver por perto eu falo para ela".

Aparece também a descrença quanto ao próprio processo educativo:

(Pessoal Auxiliar): "... eu já acho difícil esse pessoal, acho que quem joga no chão já está acostumado a fazer esse tipo de coisa (...) tem gente que é por pirraça".

Entre os profissionais universitários, em alguns casos, o trabalho educativo é referido como um trabalho junto à comunidade e confundido com o de lideranças comunitárias:

(Profissionais Universitários): "...Algumas características eu não tenho, não sou arrastadora, nunca fui de fazer movimento, de juntar a rua, eu nunca fui, não tenho essa característica, então não sei se vou conseguir fazer isso que se espera da gente".

Por alguns é atribuída bastante importância ao trabalho educativo e ao mesmo tempo são referidas as dificuldades:

(Profissionais Universitários): "... das coisas que dificultam esse programa educativo é o imediatismo que normalmente a gente tem (...) educação não dá pra ser uma coisa rapidinha (...). Eu acho que dá prá desencadear um processo, se a gente não desencadear e ficar esperando que um dia vai acontecer, não vai".

Mas neste grupo também aparece a descrença com relação ao processo educativo, que acreditam que deva ser uma resposta imediata à informação transmitida:

(Profissionais Universitários): "... o único caminho para você fazer isso é fazer um trabalho educativo com esse pessoal, eles participarem desse processo para você poder depois, na última etapa pôr um veneninho prós ratos (...). Eu tenho várias pessoas na mesma rua, eles se mobilizam isoladamente, mas eu digo tudo bem, marca um sábado eu venho aqui, vou com o pessoal, mas eles não fazem isso apesar da gente falar, até hoje ninguém procurou fazer limpeza coletiva. Então eu conversei com a médica de lá: só quando ela tiver para se aposentar vai conseguir".

(Profissionais Universitários): "... ou a população vai melhorar o nível prá tá junto com você (...) não dá para sensibilizar."

O pessoal auxiliar referiu que a população não entende a explicação do médico, e como tem medo de perguntar novamente a ele, pede esclarecimentos aos demais funcionários:

(Pessoal Auxiliar): "... tanto os médicos como os outros têm obrigação de servir, de informar as pessoas, não interessa se está cansada ou não (...) é direito do paciente perguntar para o médico porque se ele sai sem perguntar nada é pior (...) não ele vem perguntar para nós ou pedir explicação".

(Pessoal Auxiliar): "... pedem, perguntam de receita (...) Para mim sempre perguntam."

Os profissionais universitários reconheceram que existe uma priorização das funções técnicas específicas de cada categoria pela dificuldade de se desenvolver um trabalho diferente do modelo tradicional, apesar de demonstrarem intenção de modificar isso:

(Profissionais Universitários): "... a própria equipe ainda não entendeu a importância disso (...) tem o volume de pessoas para serem atendidas e a cobrança do serviço (...) eu acho que a própria equipe ainda não amadureceu a idéia".

(Profissionais Universitários): "... quer dizer a função dentro da clínica é uma função super técnica (...) são competentes e treinados para isso".

(Profissionais Universitários): "... mas a atenção para a gente fazer totalmente não dá, a gente não tem tempo, nem perua..."

Este grupo também revelou preocupação com o seu papel educativo junto aos próprios funcionários do serviço:

(Profissionais Universitários): "... mas nós estamos aqui para formar essa pessoa, porisso tem a formação, porque senão a pessoa vai ficar medíocre o resto da vida".

(Profissionais Universitários): "... Da questão educativa o mais importante é o Larga Escala (...) é o treinamento para você estar resgatando as pessoas que estão passando pela experiência e estar transformando essas experiências de uma forma produtiva para o serviço".

QUADRO 5

ATITUDE DIANTE DA PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
- pouca receptividade para participação popular	:	- participação popular limitada pelas possibilidades do serviço
	:	
- percebem a população como:	:	- as expectativas do pessoal de saúde e da população são diferentes
. muito carente	:	
. mal informada	:	
. mal acostumada: reclama muito	:	
. só procura para tratar do "imediato"	:	
. só acredita na palavra do médico	:	- a participação interna é muito difícil
. desinformada sobre o funcionamento da UBS	:	
	:	
- Serviço X política do Município	:	- Serviço X política do Município
	:	
	:	

No quadro 5 referente à atitude diante da participação da população na gestão do serviço de saúde nota-se que, de modo geral, os dois grupos apresentaram dúvidas quanto à possibilidade de um gerenciamento participativo e representativo que incluísse a população:

(Pessoal Auxiliar): "... a população só cobra a falta de médico, não entende o trabalho, né".

(Pessoal Auxiliar): "o serviço é importante porque a população é carente e mal informada".

(Pessoal Auxiliar): "... eu já acho meio difícil esse pessoal (a população)".

(Pessoal Auxiliar): "... Eu acho que tem pessoa que não pode, você vai conversar, fala o que ela tem que fazer, tenta fazer a pessoa entender e não adianta".

(Pessoal Auxiliar): "... no atendimento ao público, deveria ter uma pessoa prá lidar com o povo..."

(Profissionais Universitários): "... eles se mobilizam isoladamente".

O mesmo ocorreu quanto à participação dos próprios funcionários (participação interna) já que não se tem tradição nessa prática e as pessoas não se sentem seguras o suficiente e têm dúvidas quanto à democratização interna:

(Profissionais Universitários): "... eles (funcionários) não falam porque têm medo, receio de uma perseguição, não sentem abertura".

(Profissionais Universitários): "... até se faz reunião para o pessoal (funcionários) participar, mas muitas vezes eles se recusam a ir, preferem ficar em atividade".

(Profissionais Universitários): "... então a gente vê nas pessoas que não sabem se colocar, têm medo porque não se tem essa vivência, nunca se deu essa abertura".

(Profissionais Universitários): "... então que raio de participação (interna) é essa? Aí fica fácil falar da coisa só para fora".

Isto demonstrou que os princípios defendidos pela Reforma Sanitária precisariam se aproximar mais da prática cotidiana que acontece nos serviços de saúde.

Os profissionais universitários colocaram que a participação popular é limitada pela precária organização interna; esta talvez seja uma outra forma de verbalizar a dificuldade para assimilar uma proposta inovadora, apesar de reconhecerem sua importância.

(Profissionais Universitários): "... agora eu acho que é difícil a gente tá indo de noite na reunião e o pessoal fala um monte de coisas que não tem nada a ver (...) mas você vai ter que esperar essa coisa passar".

(Profissionais Universitários): "acho que com nossa orientação ela (população) tem o espaço aqui dentro e ela vai conseguir diminuir suas ansiedades a partir do momento que esteja aqui dentro conhecendo o serviço".

(Profissionais Universitários): "a participação da população pode auxiliar nessas conquistas".

Ao mesmo tempo um aspecto foi destacado pelos dois grupos como um problema: a interferência da política local (considerada clientelista pela maioria das pessoas) no serviço de saúde e a consequente dificuldade de trabalhar junto a outras instituições que têm postura igual ao poder executivo local:

(Profissionais Universitários): "... as diferenças políticas na área gerencial tornam difícil lidar com outras instituições locais".

QUADRO 6

INTERESSE POR CURSOS OU DISCUSSÕES

PESSOAL AUXILIAR

- Atendentes e Auxiliares de Enfermagem:
reciclagem

- Motoristas: curso de primeiros socorros

:
:
:
:
:
:
:
:
:
:
:
:

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS

- discussões referentes à Saúde Pública

- supervisão e contato com outros serviços

- discussão e aprofundamento sobre a questão da
função educativa

Com relação ao interesse por cursos ou discussões, no quadro 6 vê-se que o pessoal auxiliar mostrou necessidade de aprendizado ou reciclagem sobre aspectos técnicos de cada função:

(Pessoal Auxiliar): "... agora vai ser bom! A gente vai fazer o curso (Larga Escala), aprender cada vez mais".

(Pessoal Auxiliar): "... todo mundo acha importante, porque poderia aprender mais".

(Pessoal Auxiliar): "... curso de primeiros socorros, atendimento de urgência, emergência".

Já os profissionais universitários também mostraram interesse por discussões referentes às questões técnicas:

(Profissionais Universitários): "... dificuldade em realizar o trabalho? Em questão de tempo, existem vícios de trabalho e falta de conhecimento específico de determinadas ações".

(Profissionais Universitários): "... sempre tem alguma novidade, né? A supervisão técnica na região poderia ajudar nas questões de técnicas de enfermagem".

E interesse na discussão do trabalho possível junto à comunidade:

(Profissionais Universitários): "... *entender melhor esse trabalho com a população.*

3. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Foram realizadas reuniões de planejamento do programa em cada grupo e estabelecidos em conjunto temas de discussão, cronograma, dia, hora e local de realização das reuniões. O grupo operativo, para atingir os objetivos que se propõe, precisa funcionar por um tempo limitado e previsto, com uma frequência regular.

A proposta, nesta fase, correspondeu ao vivenciar da participação dentro da Unidade. A experiência deveria permitir aos profissionais universitários e pessoal auxiliar, escolher conteúdos que permitissem rever seu papel tradicional de detentor do poder entre si e sobre a clientela: como aqueles que sabem, ordenam, decidem e julgam enquanto outros se limitam a calar, serem julgados e obedecerem. A coordenação também sugeriu temas de discussão, uma vez que o coordenador era também um membro do grupo.

Da mesma forma, o grupo operativo procurou ser o espaço de discussão da equipe de saúde sobre o trabalho, sobre as políticas institucionais, a questão do poder e a participação dos funcionários na definição e execução das

programações e, também, sobre a prática educativa que deve estar presente na atuação de todos os profissionais.

Como já foi referido a avaliação diagnóstica inicial permitiu identificar dois grandes grupos entre os funcionários. A observação e o contato durante o período de avaliação mostraram que, além das características diferentes, cada grupo necessitava também, de um trabalho dentro do seu grupo que o preparasse e o instrumentalizasse para momentos posteriores de discussão e troca onde todos estivessem presentes; principalmente o pessoal auxiliar, com mais dificuldade de se expor.

Um contrato de trabalho foi firmado com ambos os grupos para se reunir aproximadamente 10 vezes, podendo ser utilizada mais de uma reunião para a discussão de um mesmo tema. As metodologias e recursos utilizados deveriam ser escolhidos de modo a se adequar ao assunto e objetivos do grupo ao selecionar o tema.

Ao final esperava-se que fosse estabelecido um esquema de discussões para o cotidiano da Unidade que envolvesse e compromettesse a todos no processo de decisão. A questão da representação de cada categoria profissional numa comissão decisória deveria ser clarificada e o procedimento estabelecido.

A avaliação do programa educativo não poderia desconsiderar o contexto em que tal programa se desenvolveu, não é possível negar a influência da situação política do município: a interferência do poder municipal no serviço de

saúde, o que foi favorecido pelo processo de municipalização.

Inicialmente foi realizada uma reunião geral com a presença da maioria dos funcionários da UBS onde foram mostrados os resultados obtidos através das entrevistas individuais e em grupo e apresentada uma proposta de continuidade do trabalho já iniciado.

Apresentou-se uma proposta de temas para discussão com cada grupo a partir dos dados coletados até então (Quadro 7).

Esta proposta serviu como ponto de partida para a elaboração, pelos grupos, dos programas de discussão.

QUADRO 7

PESSOAL AUXILIAR

- Objetivos do trabalho da UBS
- Estrutura e Funcionamento da UBS
 - . papéis/funções
 - . organograma
 - . fluxograma
 - . comunicação interna
 - . gerenciamento participativo/representação
- Modelo Assistencial
- Função educativa
 - . abordagens
 - . contatos individuais
 - . contatos grupais
 - . grupos de clientes
 - . grupos organizados da população

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS

- Estrutura e Funcionamento da UBS
 - . comunicação interna
- Modelo Assistencial
- Função educativa
 - . abordagens
 - . contatos individuais
 - . contatos grupais
 - . grupos de clientes
 - . grupos organizados da população
- Participação popular na gestão do serviço

O quadro 7 mostra que os temas referentes aos dois grupos seriam a estrutura e funcionamento da UBS; o modelo assistencial da instituição e a função educativa. Dentro de estrutura e funcionamento da UBS a comunicação interna seria abordada nos dois grupos e no grupo de pessoal auxiliar acrescentar-se-iam papéis e funções, organograma, fluxograma e a representação e participação dos funcionários no gerenciamento do serviço. O tema função educativa englobaria nos dois grupos as possíveis abordagens a nível individual e grupal e o contato com grupos de clientes e grupos organizados da população.

Um tema em princípio exclusivo para discussão com o pessoal auxiliar seria dos objetivos do trabalho da UBS e somente entre os profissionais universitários ter-se-ia como tema importante a questão da participação popular na gestão do serviço. Como o coordenador tem um papel ativo e as questões são importantes para ambos os grupos tais temas foram colocados na pauta de discussão dos dois grupos, após discussão com os mesmos nas reuniões de planejamento.

As reuniões ocorreram quinzenalmente com cada um dos grupos ao longo de 5 meses.

Estavam previstas 10 reuniões com cada grupo, mas problemas de organização do serviço e até mesmo a instabilidade política local impediram que as reuniões tivessem a periodicidade desejada e completassem o número previsto inicialmente.

Foram realizadas 7 reuniões com o grupo de pessoal auxiliar e 8 com o grupo dos profissionais universitários.

A Tabela 4 mostra o número de profissionais existentes no serviço, segundo grupo e categoria profissional, no período de realização do programa educativo.

TABELA 4 - Distribuição do número de profissionais existentes no serviço no período de realização do programa educativo, segundo categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de profissionais existentes no serviço
Serventes e Cozinheiras	14
Vigias e Motoristas	16
Administração/Almoxarifado/Farmácia	5
SANE	13
Atendentes de Enfermagem	14
Auxiliares de Enfermagem	14
Técnicos de Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário	8
SUB-TOTAL (Pessoal Auxiliar)	84
Médicos	17
Enfermeiras	6
Dentistas	5
Psicólogos	2
Psiquiatras	2
Terapeuta Ocupacional	1
Assistentes Sociais	2
SUB-TOTAL (Profissionais Universitários)	35
TOTAL	119

A Tabela 5 mostra o número de participantes nas reuniões do programa educativo, por grupo.

TABELA 5 - Distribuição do número de participantes em cada reunião do programa educativo, segundo o grupo.

GRUPO	REUNIÃO							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Pessoal Auxiliar	15	10	9	10	8	15	10	-
Profissionais								
Universitários	19	16	10	15	10	11	14	12
TOTAL	34	26	19	25	18	26	34	12

A média do número de participantes nas reuniões de pessoal auxiliar foi de 12,4 pessoas e no grupo dos profissionais universitários foi de 13,4 pessoas. No grupo de pessoal auxiliar isto correspondeu a aproximadamente 15,0% do total de funcionários e entre os profissionais universitários a aproximadamente 38,0% do total.

As Tabelas 6 e 7 mostram o número de participantes por reunião de acordo com a categoria profissional em cada um dos grupos.

TABELA 6 - Distribuição do número de profissionais existentes no serviço e do número de participantes por reunião, segundo categoria profissional no grupo de Pessoal Auxiliar.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de profissio- nais existentes no serviço	Nº de participantes por reunião						
		1	2	3	4	5	6	7
Servente e Cozinheiras	14	3	1	2	-	-	4	1
Vigias e Motoristas	16	2	-	-	-	1	1	3
Administração/Almoxa- rifado/Farmácia	5	1	2	-	-	-	-	2
SANE	13	1	3	3	2	2	2	10
Atendentes de Enferma- gem	14	2	-	2	2	2	1	1
Auxiliares de Enferma- gem	14	2	3	2	4	2	3	2
Técnicos de Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário	8	4	1	-	2	1	4	1
TOTAL	84	15	10	9	10	8	15	20

TABELA 7 - Distribuição do número de profissionais existentes no serviço e do número de participantes por reunião, segundo categoria profissional no grupo de Profissionais Universitários.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de profissio- nais existentes no serviço	Nº de participantes por reunião							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Médicos	17	9	9	2	6	7	6	7	8
Enfermeiras	6	4	2	3	2	1	2	4	-
Dentistas	5	3	2	2	4	-	2	1	-
Terapeuta Ocupacional	1	1	1	1	1	1	-	1	-
Assistentes Sociais	2	1	1	-	1	1	1	1	2
Equipe Saúde Mental	4	1	1	2	1	-	-	-	2
TOTAL	35	19	16	10	15	10	11	14	12

A relação dos temas discutidos nas reuniões com cada um dos grupos é apresentada a seguir:

a. Grupo de Pessoal Auxiliar:

1^ª. reunião: A proposta da segunda fase do projeto

2^ª. reunião: Os objetivos da UBS

3^ª. reunião: Qual a contribuição e os objetivos da atuação de cada grupo profissional no que diz respeito ao alcance dos objetivos da UBS

4^ª. reunião: A instabilidade política local e seus reflexos no serviço de saúde

5^ª. reunião: A comunicação interna

6^ª. reunião: A continuidade das reuniões e suas finalidades

As dificuldades do relacionamento com os profissionais universitários

7^ª. reunião: Um exemplo de processo decisório conjunto em função de um problema concreto: a triagem no pronto atendimento

b. Grupo dos Profissionais Universitários

1^ª. reunião: A proposta da segunda fase do projeto

2^ª. reunião: A comunicação interna

3^ª. reunião: A relação entre Profissionais Universitários e Pessoal Auxiliar

4^ª. reunião: A relação entre Profissionais Universitários e Pessoal Auxiliar

5ª. reunião: O Modelo Assistencial

6ª. reunião: A continuidade das reuniões e suas finalidades

7ª. reunião: A organização interna do serviço

8ª. reunião: A organização interna do serviço

Os temas efetivamente abordados cobriram todas as grandes áreas temáticas pretendidas, apesar de não as esgotarem: políticas institucionais (objetivos da UBS; contribuição e objetivos da atuação de cada grupo profissional e modelo assistencial); a questão do poder (política local; relacionamento entre as categorias profissionais; comunicação interna; organização interna do serviço e processo decisório); participação dos funcionários na definição e execução das programações e prática educativa (objetivos da UBS; contribuição e objetivos da atuação de cada grupo profissional; relacionamento entre as categorias profissionais; processo decisório; modelo assistencial e organização interna do serviço).

Como já foi referido, as reuniões com os dois grupos estenderam-se ao longo de cinco meses não sendo possível manter a periodicidade quinzenal durante todo o período. Isto deveu-se ao fato do serviço de saúde ter atravessado nos últimos três meses do programa uma série de dificuldades político-institucionais, tais como: movimento reivindicatório salarial, retorno ao poder executivo local do prefeito afastado, causando mudanças políticas

importantes e dificuldades no relacionamento do Departamento de Saúde local com o poder executivo do município. Além disso, questões salariais afastaram razoável número de profissionais do serviço.

O término das reuniões foi o resultado combinado dessa série de fatores e das medidas governamentais, que traçaram novas diretrizes no repasse de recursos (por produtividade) ocasionando a necessidade de interrupção de várias atividades, não exclusivamente curativas, que vinham se desenvolvendo no serviço.

Na avaliação dos resultados alcançados com o programa, estes fatores devem ser levados em conta, enquanto circunstâncias inerentes a um trabalho desenvolvido a nível local e cujo objeto principal de atenção são as relações que se estabelecem entre os profissionais.

O programa educativo desencadeou um processo que envolveu grande parte dos funcionários de uma forma direta ou indireta, com maior ou menor intensidade. Dessa forma pode-se considerar que durante esse processo alguns questionamentos, conflitos e contradições latentes foram explicitados permitindo, na medida da possibilidade que as circunstâncias de desenvolvimento do programa permitiram, que o grupo os enxergasse e esboçasse algumas estratégias de ação com intenção de mudança ou, em algumas situações, até se sentisse imobilizada.

Embora o programa educativo desenvolvido com cada grupo tivesse os mesmos objetivos ele transcorreu de forma diferente em cada um dos grupos e assim alguns temas foram abordados com maior ou menor profundidade. O caminho percorrido por cada grupo num programa como o que se propôs é sempre singular.

A primeira reunião com cada um dos grupos foi dedicada ao planejamento do programa: cronograma, funcionamento dos grupos, definição dos temas a serem abordados e clarificação dos objetivos. Evidentemente não se pretendia "fechar" o programa já que necessariamente ele seria produto do desenvolvimento do processo educativo, podendo-se modificar as pautas de discussão, a ordem dos temas, etc...

Com relação à condução das reuniões discutiu-se que o mais importante seria a garantia de um espaço descontraído onde todos pudessem se colocar contribuindo para o crescimento do grupo e um aprendizado de participação nas decisões do serviço.

De acordo com GADOTTI (1987), existe uma centralização excessiva do poder no Estado e o cidadão transfere para ele o poder de governar e decidir, interferindo em todos os aspectos da sua vida. Este mesmo mecanismo ocorre no nível interno das instituições com os funcionários transferindo para as figuras representantes da autoridade, seus chefes imediatos ou diretores, a

responsabilidade das decisões, permanecendo numa posição de submissão e passividade.

No Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista, o mesmo processo se reproduzia e quando, essas questões foram abordadas nos grupos, procurou-se colocar em dúvida esse tipo de relação, com o intuito de que ela se rompesse.

É a pedagogia do conflito (GADOTTI, 1987) que, ao relacionar a educação e o poder, valoriza o significado pedagógico da dúvida, do desequilíbrio, do desrespeito e da divergência, com o intuito de romper o equilíbrio e provocar mudanças.

Durante o desenvolvimento do trabalho, nessa linha de educação, vivenciou-se a oposição entre o que era esperado desse trabalho pelo poder instituído (chefias, direção e poder executivo municipal), de reprodução do sistema vigente e da ação manifestadamente transformadora, pretendida pelos pesquisadores.

O que de fato se conseguiu foi o aumento da tensão entre os dois grupos profissionais e a evidenciação das contradições.

A contradição entre o desejo de democracia e a solicitação de um programa mais autoritário e pontual, também permeou o processo. Esta contradição caracteriza um aspecto da mentalidade nacional: uma postura de acomodação, oposta a uma atitude de desejo de democracia, que implica em participação.

Outro fator bastante importante que mostrou a dificuldade de desenvolvimento de um programa como o proposto, foi que o processo de decisão durante as discussões, que seria uma conquista valiosa, ficou prejudicado por estar descolado do funcionamento real do serviço e por não se ter conseguido garantir o comprometimento das pessoas que tinham o poder decisório para que possíveis resoluções se tornassem passíveis de concretização.

Por parte da direção do serviço existia um compromisso formal com o trabalho, mas isto não se manifestava no dia-a-dia, nem pela tentativa de envolver as chefias e nem pelo seu próprio envolvimento no cotidiano do processo. Acredita-se que este comportamento ambíguo não fosse nem sequer percebido claramente pela própria pessoa.

Apresentaremos agora algumas falas e segmentos de discussão para mostrar estes e outros aspectos do processo desenvolvido e suas dificuldades.

A finalidade da Unidade Básica de Saúde apareceu como pauta de discussão no grupo do pessoal auxiliar, como consequência da constatação na avaliação diagnóstica inicial, de que este era um tema que gerava muitas dúvidas entre estes profissionais e era muito contraditório no interior das pessoas em função das experiências vividas e dos valores da sociedade que partilhavam.

Percebeu-se como uma necessidade fazer referência ao papel da Unidade de Saúde extrapolando a simples assistência, já que esta apresenta limitações na intervenção da realidade existente.

A contradição entre o que acham que deve ser e a valorização da finalidade curativa ficou evidenciada, mas foi pouco trabalhada.

A prevenção como objeto de trabalho foi assim apresentada:

"... talvez nesse dia-a-dia de atendimento médico no Centro de Saúde não tenha muito o que fazer, mas a atuação do Centro de Saúde vai além do atendimento médico".

"Fazer assim esclarecimento pra população, enquanto direitos do ser humano, deixar a pessoa mais esclarecida, daí eles mesmos tomam a sua própria decisão de se organizar e fazer pressão para conseguir as coisas".

Junto com isso apareceu a necessidade de uma atuação de "esclarecimento" à população que é desinformada:

"Movimento por creche, um trabalho sanitário, né, porque tem mães que elas até tem com que tratar direito a criança, fazer uma alimentação decente, só que elas não sabem como, então acho que a gente entra aí".

A contradição se fez presente em momentos em que apareceram falas, como a que está a seguir, em que se revela que tanto quanto a população em geral, muitos trabalhadores de saúde valorizam mais o atendimento médico do que o preventivo:

"Eu acho que assim como nós, a maior parte dos brasileiros não vê assim a saúde pública como uma coisa necessária de saúde preventiva, acha que é só quando tá caindo aos pedaços que tem que aparecer no médico..."

Isto mostrou o quanto uma mudança de atitude pode ser difícil e como qualquer trabalho com a população necessariamente tem que ser resultado de um trabalho de toda e com toda a equipe de saúde local.

Na discussão da relação interprofissional um aspecto que apareceu como um conflito latente foi a forma como o pessoal auxiliar percebe a visão que os profissionais universitários têm deles, meros executores de tarefas pré-determinadas:

"Entrei para explicar o caso, aí ele falou assim: Não, a sua função é simplesmente fazer a ficha, você tá se preocupando à toa".

Além disso, mostraram-se descrentes com relação às possibilidades de mudanças concretas na estrutura de funcionamento da Unidade, uma vez que no dia a dia isto era reforçado, pelo diretor do Departamento e pelas chefias imediatas:

"Só o universitário que manda mesmo e resolve."

Este relato permite perceber com clareza que as relações interprofissionais e interpessoais nos serviços de saúde assumem características de relações de classe, reproduzindo a distância que separa os diferentes segmentos sociais. Nos serviços de saúde a distância social é representada pela distância técnica que separa o médico com seu saber específico para curar, dos outros profissionais "auxiliares".

Acentuando isso apareceu a falta de perspectivas profissionais:

"A gente entra como faxineira e vai ser faxineira até o resto da vida".

"Ninguém sobe de cargo".

Consequentemente a estrutura de poder também foi vista como rígida, com poucas possibilidades de mudança, sendo até uma questão cultural:

"... porque quando se trata de eleger uma chefia ou coisa assim, a gente mesmo tendo força a gente se torna pequeno, (...) e vem toda uma história que na casa da gente quem manda é o pai e a mãe e quando a gente cresce a gente tá subordinada ao trabalho, você tem sempre uma pessoa que chega e dá a diretriz e a organização (...) então você nunca vai conseguir ter força prá dizer assim não, a gente não quer aquele chefe".

Um problema concreto, que precisava ser mudado era que, de modo geral, o organograma não era reconhecido ou era visto como pouco eficiente, já que:

"... tem muitas pessoas que mandam, chega uma e diz faz isso, não, não é assim é aquele, então sabe, você fica parada, quem será? Será que é essa ou aquela, qual das duas tá com a razão, você fica meio perdida".

"... às vezes a gente quer fazer alguma coisa e acha que é certo daquele jeito, vai ver depois não era assim ou às vezes aquela pessoa não resolve e a gente procura um terceiro, o terceiro resolve e depois vem aquele que seria o primeiro e ele não gostou".

"... tem muito chefe para pouco índio".

Sentia-se necessidade de mais organização, mas não se conseguiu concluir como chegar a ela, com comprometimento das chefias:

"... e pergunta como que eu faço determinada coisa, uma pessoa fala é assim, outra pessoa fala é assim, eu acho que isso não tem que existir, tem que existir normas, eu acho que é por aí".

"... todo dia muda. Todo dia tem novidade (...) é o pessoal técnico que toma decisão".

Por outro lado os profissionais universitários viam a questão de um modo diferente:

"... então fica nesse jogo de empurra, empurra, né? Acaba você fazendo uso de uma autoridade que as pessoas embutem também, quer dizer, as pessoas ficam naquela posição de tá esperando uma ordem tua, né? E as pessoas acabam exercitando esta autoridade que é dada mesmo, dentro do próprio sistema. Eu, na medida do possível, procuro dar uma controlada nisso aí, mas também tem um estímulo para você colocar sua autoridade pra fora. Aqui tem muito isso. As pessoas estão esperando que você exerça a autoridade de médico, é isso que estão pedindo o tempo inteiro".

Mas, ao se discutir a tomada de decisão conjunta apareceu:

"... algumas decisões eu acho que são técnicas mesmo, um grupo técnico tem que decidir, (...) até certo ponto é fantasia participarem de tudo, né? (...) porque tem especificidades que são médicas, tem especificidades que são de enfermagem e tem outras que são do Centro de Saúde como um todo".

Ao se manifestar a insatisfação com uma organização que não funcionava, transparecia a questão da organização informal que acabava se sobrepondo à organização formal. Este é um problema típico das instituições.

Como entre o pessoal auxiliar, entre os profissionais universitários as contradições referentes à divisão do poder sempre apareceram. Ao mesmo tempo que reivindicavam espaço para discussões e tomadas de decisões coletivas:

"... a gente conversa individualmente, aqui, ali, não sei onde, mas não enquanto equipe, as pessoas conversam individualmente".

"... eu acho muito pouco tempo para discussão (...) do começo da reunião para definição foi rapidíssimo e era uma decisão super séria para o serviço (...) e nem todo mundo ficou sabendo, nem participou".

Também apareceu o discurso oposto, em nome da organização do serviço que é imprescindível:

"... não dá para adiar essas coisas (...) se for esperar que a Unidade esteja toda reunida para resolver alguma coisa, nunca dá certo".

Como também o papel da chefia para organizar o trabalho:

"... o que eu acho que falta na verdade, é um ponto, é um chefe, eu acho que falta, cada um faz o que quer por aqui, por exemplo, tem que ser um chefe que seja como chefe de verdade (...) a quem recorrer no caso de dúvidas".

Essa contradição apareceu embora de maneira simbólica, no discurso da própria gerência do serviço:

"... eu particularmente, apesar da minha característica extremamente centralizadora, me disponho e coloco claramente que as discussões e as decisões sejam tomadas dentro da área técnica (...) sem estar abrindo mão

desse meu poder, mas discutir as questões relativas ao trabalho, à educação e saúde dentro da instituição".

E numa reunião com os profissionais universitários:

"... Nós precisamos do setor de recursos humanos e eu já estou contratando, vocês queiram ou não, gostem ou não, tal pessoa (antiga enfermeira da Unidade) para cuidar disso".

Para justificar a desorganização e a não consulta na tomada de decisões sempre apareceu a crise do sistema de saúde, a crise brasileira e as intervenções da prefeitura local:

"Aqui tudo tem que ser para ontem, é sempre uma loucura (...) Mas não espere passar porque a crise surgiu no Brasil e a crise de Vargem Grande Paulista, apesar de ter contornos próprios, não é muito diferente do resto do país".

"Eu não sei, eu tenho sentido que o pessoal faz muitos planos, toma muitas decisões, mas no fim a gente acaba esbarrando num monte de outras coisas que são da Prefeitura, por mais que se tente, o negócio não anda".

Mas aí surgiam as falas que faziam um certo contraponto, mostrando que nem todos os problemas eram externos:

"... a relação entre funcionários de nível auxiliar e nível universitário, etc..., eu não sei se essas são questões que necessariamente esbarram na Prefeitura, mas, sem dúvida, são problemas que não estão resolvidos".

"... e não tem sido feito um planejamento em cima de prevenir o problema e resolver de um modo mais pensado o problema".

Alguns aspectos-chaves no relacionamento entre pessoal auxiliar e profissionais universitários diziam respeito à falta de apoio que o pessoal auxiliar parecia perceber por parte dos técnicos e das chefias que eram, principalmente, os profissionais universitários:

"... eu precisei resolver um problema meu particular de serviço e simplesmente lavaram as mãos; se vira, pede a conta se não dá para resolver".

Sentiam-se abandonados e desvalorizados:

"... como na gratificação, só para o pessoal universitário".

"Quando era para eles serem dispensados a gente pensou em tá junto e dar apoio (...) agora quando nossos colegas foram mandados embora eles justificaram que foi porque precisava fazer uma reforma administrativa na Prefeitura (...) para eles não faz diferença".

"... Nós aderimos por força das circunstâncias porque a gente não funciona se o médico parar de trabalhar, logicamente não tem serviço nem para a enfermagem nem para o SAME".

Apareceu a necessidade de se sentir bem tratado e "ouvido" pelos que ocupavam os cargos com função gerencial. Coincidentemente ou não, só quem correspondia a essas expectativas era a chefia do expediente que não era universitária, mas tinha um papel importante:

"A ... não é universitária mas explica tudo, na maior educação (...) ela tem tempo, outras você tá falando e já tá saindo, nem te dão ouvido...".

Entre as equipes também apareceram os problemas de relacionamento, citados por algumas categorias dos profissionais universitários que julgavam ser, entre eles, a equipe médica a que detinha o poder, controlava as decisões e dirigia as discussões:

"... a gente como enfermeira, gostaria de estar participando (...) tem sido muito discutido o nível médico, não a nível de outras equipes que estão também no projeto".

"... tem parcelas de funcionários dentro da instituição que tem mais poder: os médicos, claramente..."

"... existe uma briga entre enfermagem e médicos".

Como reflexo de toda essa situação apareceram as insatisfações com as reuniões gerais do serviço onde, geralmente, as pessoal compareciam:

"...para falar de salário, aí todo mundo vem".

Do contrário:

"tem muitas palavras complexas, e muita gente não entende e fica calada".

"... chega numa reunião eles (profissionais universitários) começam a falar umas coisas que tem a ver com eles e não a ver com todos, então não dá para entender (...) eles usam uma linguagem científica".

"... a gente sentia que quando uma pessoa auxiliar falava alguma coisa, tinha médicos que davam risada, eu vi".

Os profissionais universitários rebateram:

"... a gente não é de elaborar demais na linguagem, a gente conversa normal".

"Isso é um pouco de desculpa também".

Quanto à viabilidade de continuação do processo desencadeado que visava o envolvimento e a participação interna dos funcionários apontou-se para a necessidade de se encaminhar para encontros deliberativos e que a comunicação interna veiculasse a contento as informações para subsidiar as deliberações:

"... quando se pretende fazer uma reunião deliberativa, eu acho que ela tem que ser rica de informação, quanto mais informação tiver, melhor, para que as decisões sejam as mais corretas possíveis".

"... mais informações para a pessoa que tá participando saber o que é que é verdade".

Mas não se conseguiu definir outras variáveis como:

"... é muito ruim prá gente fazer reunião, a gente não consegue e a participação acaba ficando difícil, e é importante que todas as categorias, todo mundo possa participar, mesmo que indiretamente, através de alguma pessoa. Eu estava pensando que talvez tivesse que ter um grupo que representasse outros grupos e que pudessem ser dois momentos..."

Ou:

"Eu acho que tem que tá todo mundo junto porque não adianta grupo de 3 ou 4, cada um tem uma visão diferente..."

Percebe-se que a representatividade e a delegação são conceitos ou temas difíceis, talvez por uma não tradição, ou por descrença. Mesmo o ser ou não deliberativa e quais as consequências dessa decisão pareceram não ter sido bem amadurecidas, até pela não continuidade do processo:

"... eu não acredito em mais nada disso, queria colocar isso prá pessoas discutirem (...) as coisas são ditas em reunião e de repente acontece o contrário (...) a gente faz um documento numa reunião representativa, encaminha e não obtém resposta nenhuma..."

A participação da população, quando apareceu, apareceu como uma proposta a ser executada:

"Precisa tá propondo prá população, mas ela vai decidir se prá ela é interessante esse médico de família ou se ela quer que ele acabe..."

Surgiu a dúvida de como estabelecer esse vínculo com a população, mas nada se concluiu ou se concretizou:

"... imagine como é que vai passar isso para a população".

Pelo pessoal auxiliar a população era vista como exigente e mal agradecida:

"... só que os nossos pacientes aqui são mal acostumados, eles já entram na nossa sala: eu quero uma ambulância; eu quero que me aplique esse remédio, eles não chegam e pedem: por gentileza, pode me dar esse remédio?"

"Eu acho que eles deveriam dar graças a Deus de ter um posto como esse, porque tem tanto lugar que não tem nem médico, mas não, eles querem ser atendidos na hora".

Já os profissionais universitários consideravam a população submissa no relacionamento com os serviços e com a equipe de saúde:

"Eles não questionam, só reclamam entre si".

Talvez a explicação para isso estivesse na própria forma como descreveram a atitude da população para com os diferentes profissionais de saúde:

"Geralmente os pacientes que vêm aqui, eles querem falar é com os médicos mesmo (...) eles saem mais contentes quando falam com o profissional mesmo. Eles não querem auxiliar, atendente".

Por outro lado:

" tem médico que nem deixa a pessoa falar, começa a falar, já é receitinha".

Então:

"A postura, frente ao pessoal não universitário é mais agressiva, porque o atendimento demorou, o exame extraviou. Mas na frente do médico a postura é dócil (...) os médicos são os mais protegidos apesar de não reconhecerem".

De modo concreto a participação da população foi sentida como necessária, quando surgiram dificuldades para a manutenção do serviço, e foi referida mesmo por aqueles que nunca participaram de atividades de integração com a população e seus representantes:

"Já que tem uma proposta de trabalho com a população e a gente tá sempre em contato com a população, tem que levar para ela as questões que estamos dando andamento".

O apoio era sentido quando:

"Algumas pessoas com quem eu encontrei perguntaram porque a gente não entra em greve se a situação está ruim. A população aprovaria (...) porque a força que a gente tem é incrível, se acontecer isso vai virar um conflito, a população contra o prefeito".

Mas, existiram ressalvas quanto à atuação desta população:

"eu acho que a população tem hora que dá cada bola fora, viu? Quando chega na hora do vamos ver..."

Outro fator identificado nessa relação com a população foi apontado pelos profissionais universitários que achavam que o pessoal auxiliar utilizava seus cargos e sua proximidade com a população local, já que também morava no município, para clientelismo:

"Eu sei porque, foi horrível, porque quem ficou lá era altamente clientelista (...) isso é falta de profissionalismo".

Em função da lógica predominante, onde o serviço de saúde, representado pela consulta médica, medicamento ou exame laboratorial, é visto como uma mercadoria a ser consumida, a participação popular também adquire contornos característicos. Participar passa a envolver, meramente, ações de indivíduos com a finalidade de enfrentar as questões, agudas ou crônicas, ligadas ao consumo dos serviços de saúde: demora no atendimento, falta de serviços em número suficiente, falta de recursos materiais e humanos, etc...

Não foi possível perceber uma outra postura, que aproximasse mais a questão da participação popular nos serviços de saúde, com a questão da cidadania, que teria um papel mais abrangente do que a busca de soluções pontuais para os problemas enfrentados pelos usuários dos serviços públicos de saúde.

No desenvolvimento do programa foi-se percebendo que grande parte dos problemas levantados se relacionavam às questões de estrutura e organização do serviço.

O descomprometimento das chefias, de modo geral, e do diretor do Departamento em muitos momentos gerou a dificuldade para transformar as discussões imediatamente em decisões e concretizá-las.

A separação dos grupos também impediu que a maioria dos problemas fosse discutido e decidido conjuntamente e que os conflitos se expressassem e fossem trabalhados.

Quando surgiu a proposta dos grupos se reunirem em um só e trabalharem juntos, os problemas externos se agravaram e desestabilizaram os grupos, impedindo a continuidade do processo.

Um aspecto marcante foi a instabilidade política do município que teve seu prefeito afastado por denúncias de corrupção e depois reassumiu o cargo. Essa situação também gerou tensão no serviço de saúde pela constante ameaça de afastamento do diretor do Departamento de Saúde por suas divergências com o poder executivo local.

Em vários momentos do processo esse contexto teve que ser abordado nas reuniões pelo alto grau de tensão gerado, principalmente entre o pessoal auxiliar:

"Aí nós vamos ter que enfrentar o novo diretor e aprender a trabalhar com ele, convivendo e tocar a vida para frente, né? Porque se ele já saiu: a carta de demissão estava pronta para assinar, a gente pode até falar com ele, mas se ele resolveu mesmo".

"Porque com a volta do prefeito o nosso diretor não vai querer ficar, ele já disse".

Ou seja o que gerava muito desconforto entre os funcionários eram as constantes ameaças de afastamento do diretor do Departamento feitas por ele mesmo ou pelo prefeito.

Entre os profissionais universitários a tensão também se manifestava, pois havia o receio que com o afastamento do diretor e de outros profissionais por causa da questão salarial, em crise constante pela não solução do financiamento do SUDS, o trabalho proposto pudesse desmoronar.

Outro aspecto que foi ficando explícito no decorrer do processo era a necessária e fundamental participação e envolvimento dos que ocupavam os cargos de chefia no programa: não adiantava discutir sem ter uma retaguarda gerencial que se comprometesse com as propostas que iam surgindo. Infelizmente não foi possível ter essa garantia.

A instabilidade política no município e a consequente instabilidade da instituição, agravada pelas questões de financiamento, comprometeram a continuidade do programa educativo; as reuniões não avançavam, foram ficando difíceis de acontecer e os problemas emergentes tomavam todo o tempo dos profissionais. Não houve condições de continuar o programa mas, sem dúvida, um processo de reflexão sobre as práticas desenvolvidas nas relações inter-profissionais e destes com a população foi deflagrado. Ficou evidente, que problemas tão difíceis e profundos exigiriam um tratamento mais longo e constante, com os dois grupos juntos.

4. AVALIAÇÃO FINAL

Como já foi referido a avaliação final foi feita através de entrevistas individuais (Anexo 2) abordando os mesmos temas da avaliação diagnóstica inicial e que permearam todo o trabalho além de questões que procuraram avaliar o programa educativo e o processo que ele envolveu: percepção de cada um sobre o objetivo das reuniões (programa educativo); opinião sobre a metodologia utilizada nas mesmas e a percepção sobre as mudanças ocorridas como consequência do programa educativo.

A avaliação final será apresentada de forma descritiva e como a avaliação diagnóstica inicial, segundo as categorias de análise.

QUADRO 8

NECESSIDADES SENTIDAS

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
- aumento de recursos humanos e materiais (equipamentos)	:	- aumento de recursos humanos e materiais (equipamentos)
- maior integração inter-equipes	:	
- melhoria da relação com a população	:	
- melhoria da comunicação interna	:	
- estabilidade política local	:	- estabilidade política local e maior organização interna dos serviços - maior tranquilidade para a realização do trabalho
- aumento do salário	:	- aumento do salário
	:	

(vide Quadro 1 na página 73)

Como era de se esperar o quadro 8 referente às necessidades sentidas, comprova que alguns aspectos como a comunicação interna, a integração inter-equipes e o relacionamento com a população ainda continuam citados, como questões problemáticas, pelo pessoal auxiliar. As duas primeiras questões parecem ser interdependentes:

(Pessoal Auxiliar): "... mas o pessoal não valoriza o trabalho da gente".

(Pessoal Auxiliar): "... acho que a união que tem na minha seção deveria ter na Unidade toda, porque de repente é uma família".

(Pessoal Auxiliar): "... às vezes tem umas divergências de pessoas, que estão num lugar que não gostariam de estar e que são iguais a você e que tentam ser diferentes e são pessoas para quem você ensinou o trabalho e você gostaria que tratasse você do mesmo jeito que você trata".

(Pessoal Auxiliar): "... só que eu acho que a gente deve ter mais entrosamento entre os funcionários e o paciente (...) porque às vezes chega um paciente e ele fica meio perdido, não tem orientação boa na hora".

(Pessoal Auxiliar): "...Então a pessoa não tá com tudo na cabeça para orientar e as pessoas ficam perdidas dentro do Centro de Saúde sem saber como ser encaminhado. Eu acho que deveria dar mais atenção a esse tipo de paciente".

(Pessoal Auxiliar): "... eu achava que um colega deveria cooperar com os outros, né?"

(Pessoal Auxiliar): "... quando você está atendendo alguém, e alguém fica meio aborrecido, fica bravo com você, te xinga (...) e a relação entre os próprios funcionários, também, de repente você camela no serviço, trabalha demais e os outros não tão nem aí, e você não vai ficar falando fulano faz isso, sicrano faz aquilo".

(Pessoal Auxiliar): "... Só que depois de um ano que eu entrei aqui, eu tenho notado uma grande diferença entre as pessoas, parece que afasta uns dos outros, parece que a gente era bem unido, assim como uma família e agora não sei é a situação financeira (...) estão tão revoltadas, parece que o calor humano está acabando".

(Pessoal Auxiliar): "... negativo é a falta de diálogo entre a gente mesmo, funcionários (...) e informações que não passam prá gente, papelada que muda. E deveria ter um vidro no balcão por causa do contato direto com o público porque tem gente que é agressiva".

Os dois grupos citaram a necessidade de aumento de recursos humanos e materiais, que parece, neste segundo momento agravada, em função da política de financiamento do setor e da situação política e econômica do país. A questão dos recursos já tinha sido destacada nas primeiras entrevistas, mas a questão salarial só surgiu na avaliação final:

(Pessoal Auxiliar): "... tem que ser paciente por que não tem material...".

(Pessoal Auxiliar): "... a dificuldade para conseguir material atrapalha no desenvolvimento do trabalho".

(Pessoal Auxiliar): "... toda vez que a gente precisa de um aumento a gente tem que parar (fazer greve)".

(Pessoal Auxiliar): "... a gente trabalha com poucos recursos humanos e materiais".

(Pessoal Auxilliari): "... mesmo que a pessoa decida fazer alguma coisa ela depende do dinheiro da Prefeitura para a manutenção dos carros e o dinheiro não vem".

(Pessoal Auxiliar): "... de ruim é a falta de material que nunca tem, a gente quer fazer as coisas mas um dia não tem cera, noutro não tem sapólio".

(Profissionais Universitários): "... de negativo é a falta de ajuda do prefeito; os equipamentos quebram e demora para serem consertados e também a questão salarial acaba sendo um aspecto negativo".

(Profissionais Universitários): "... as desvantagens que pesam são a distância, o salário e a instabilidade".

(Profissionais Universitários): "... porque a gente está com escassez de recursos humanos (...) então é difícil planejar".

(Profissionais Universitários): "... saiu muita gente por causa do salário".

Uma outra questão importante que foi referida pelos dois grupos nas entrevistas finais foi a instabilidade da política local incluindo a relação serviço de saúde e poder executivo municipal:

(Pessoal Auxiliar): "...o que é ruim para trabalhar é o pessoal da Fazenda e da Prefeitura que não deixa a gente trabalhar direito".

(Pessoal Auxiliar): "...negativo é a falta de colaboração da Prefeitura com relação ao material, ela não dá o equipamento".

Esse aspecto é mais aprofundado pelos profissionais universitários que consideram isto, e mais a pouca organização interna do serviço, como causas da intranquilidade para a realização satisfatória do trabalho:

(Profissionais Universitários): "...o aspecto negativo é a instabilidade que eu acho que não é exclusiva de Vargem Grande, mas que tem características próprias de reflexo da política nacional tanto da política de saúde, quanto da política dos políticos e que traz um desgaste físico e emocional muito grande".

(Profissionais Universitários): "...questões políticas no cotidiano do trabalho que trazem muita insegurança".

(Profissionais Universitários): "...o aspecto negativo é esse stress constante, essa incerteza política, essa falta de administração do município".

(Profissionais Universitários): "... você não consegue fazer um projeto de trabalho para daqui a 6 meses, para daqui um ano. O projeto é sempre imediato".

(Profissionais Universitários): "... falta profissionalismo de todos nós (...) falta hierarquia, assessoria".

(Profissionais Universitários): "... dificuldade de estar colocando as coisas em prática (...) grande rotatividade de enfermeiras, o que dificulta o nosso trabalho."

(Profissionais Universitários): "... e certa desorganização interna do serviço em alguns aspectos, alguns programas. É falta de desorganização da direção, mais a insegurança institucional".

QUADRO 9

PERCEPÇÃO SOBRE A FINALIDADE DA UBS

PESSOAL AUXILIAR		PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
- prestar um bom atendimento à população que procura o serviço	:	
	:	
- realizar um trabalho preventivo/orientar a população quanto ao risco de doenças	:	
	:	
- realizar um trabalho com ênfase nas questões de saúde pública - orientar e acompanhar pacientes e tentar resolver os problemas de saúde	:	
	:	
- desenvolver atividades programáticas relativas aos vários problemas de saúde atendidos	:	- desenvolver atividades programáticas relativas aos vários problemas de saúde atendidos
	:	
- dar conta de atender a demanda espontânea	:	
	:	
	:	- realizar um trabalho educativo, conscientizando a população sobre as causas e possíveis soluções dos problemas de saúde (através de atendimentos individuais e grupais)
	:	
	:	- desenvolver ações que respondam às necessidades da população e inserir a UBS na comunidade
	:	

(vide Quadro 2 na página 80)

No quadro 9: percepção sobre a finalidade da UBS, verifica-se que alguns aspectos que tinham sido citados de modo muito amplo inicialmente, foram um pouco mais explicitados: prestação de um bom atendimento e realização de um trabalho preventivo de orientação à população:

(Pessoal Auxiliar): "... eu acho que o que a gente faz é a parte preventiva das doenças (...). Então a pessoa tem que saber que ela precisa vir ao posto não só porque ela está doente. Porque geralmente as pessoas vem só para o PA, chega lá e só vai resolver o problema na hora, não quer saber porque está com dor de cabeça, então aqui a gente faz a parte preventiva que é o ideal, não só para ver o problema do momento".

(Pessoal Auxiliar): "... o trabalho da Unidade é mesmo de saúde pública, a orientação, principalmente o trabalho de ambulatório, acompanhar o caso. Estão sempre buscando os problemas da cidade e tentando resolver".

(Pessoal Auxiliar): "... acho que dar atenção e orientar bem o paciente. Assim, quando o paciente chegar, olhar bem para ele".

(Pessoal Auxiliar): "... para mim o papel do Centro de Saúde é orientar a população quanto à saúde em geral, estado físico, psíquico e quanto ao saneamento básico e como as pessoas deveriam fazer para melhorar a sua saúde, tentar se organizar o melhor possível para não ficar doente".

(Pessoal Auxiliar): "... acho que a primeira coisa é orientar o pessoal, o pessoal é muito mal orientado, eles têm dificuldade de entender as coisas, né? Tem pessoal que passa várias vezes no médico".

(Profissionais Universitários): "... o principal seria, além de atender as necessidades, fazer um serviço de conscientização das pessoas e isso que é difícil, porque é mais fácil você sentar e atender".

(Profissionais Universitários): "... o objetivo de uma Unidade de Saúde com uma população adstrita e uma equipe mínima; a gente se sente responsável pela mortalidade, pela morbidade".

(Profissionais Universitários): "... informação para a população, funcionar como um Centro de Saúde mesmo é disseminar informações e atender os agravos".

Os dois grupos destacaram o desenvolvimento de atividades programáticas a partir do atendimento da demanda espontânea:

(Pessoal Auxiliar): *"Independente da parte curativa tem que ter o trabalho de desenvolver os programas com a população".*

(Profissionais Universitários): *"... a gente tem tentado na prática implantar novo modelo assistencial, no sentido de estar trabalhando em cima dos problemas, nas soluções desses problemas (...) diminuir as causas que levam a esse processo de doença e prestar assistência".*

(Profissionais Universitários): *"... é uma das coisas que a gente dá mais ênfase, né? Aos programas e atividades programáticas independente do pronto atendimento. A gente dá mais prioridade às atividades do programa de pré-natal".*

Os profissionais universitários citaram também o trabalho educativo individual ou em grupo para discutir as causas dos problemas de saúde extrapolando as questões exclusivamente clínicas e procurando inserir a UBS na comunidade:

(Profissionais Universitários): "... outra coisa é a idéia de educação e saúde, fazer grupos com a população, mas nem sempre as pessoas aderem".

(Profissionais Universitários): "...conseguir trabalhar melhor a questão da educação, da informação para a população (...) a gente nem sabe como trabalhar esse papel direito. A gente não tem experiência. A gente se acomoda mais no atendimento e não batalha por esse outro espaço".

Apenas um pequeno número de funcionários auxiliares não soube referir qual a finalidade da UBS.

QUADRO 10

PERCEPÇÃO SOBRE O PAPEL DE CADA ELEMENTO DA EQUIPE

PESSOAL AUXILIAR

- cumprir adequadamente as suas tarefas técnicas específicas (prestar assistência, informar, dar atenção)
- desenvolver trabalho educativo e preventivo

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS

- desenvolver atividades programáticas
- desenvolver trabalho educativo e preventivo
- papel facilitador, de elo entre as equipes e o pessoal de saúde e a população
- procurar garantir o cumprimento dos objetivos da UBS

(vide Quadro 3 na página 84)

No quadro 10 referente à percepção sobre o papel de cada elemento da equipe nota-se que os dois grupos foram mais específicos ao manifestar suas opiniões, diferentemente do que ocorreu nas entrevistas iniciais. Entre o pessoal auxiliar foram citadas as várias tarefas específicas de cada categoria acopladas com um atendimento atencioso:

(Pessoal Auxiliar): *"Bom, o meu objetivo é atender bem as pessoas, porque quando o pessoal vem doente, a pior coisa é ele ouvir uma má palavra".*

(Pessoal Auxiliar): *"... manter o posto limpo porque é um posto de saúde e estando sempre limpinho as pessoas se sentem bem".*

(Pessoal Auxiliar): *"... os dados são importantes para o serviço estatístico".*

(Pessoal Auxiliar): *"... a gente visita o estabelecimento comercial e educa também quanto ao saneamento, o que jogar água suja na rua pode acarretar".*

(Pessoal Auxiliar): *"... as pessoas vão perguntar na secretaria e eu informo da melhor maneira possível".*

(Pessoal Auxiliar): "Eu mexo com a folha de pagamento, às vezes eles não sabem como é a forma de pagamento e eu mostro direitinho para eles verem que não estão sendo enganados".

(Pessoal Auxiliar): "... eu trabalho no FA, são os primeiros cuidados, e orientar sobre os outros cuidados".

(Pessoal Auxiliar): "... a comida sai na hora certa, não precisa trazer marmita".

(Pessoal Auxiliar): "... acho importante porque nós somos o primeiro contato que o paciente tem quando ele vem aqui e procura o serviço e eu acho importante que ele seja bem recebido pela gente (...) nossos prontuários são muito importantes, tem que estar sempre perfeito"...

(Profissionais Universitários): "... é melhorar o sistema de enfermagem, com relação à assistência direta ao paciente".

Pelos dois grupos foi citado o desenvolvimento de um trabalho educativo e preventivo mais estruturado e sistematizado:

(Pessoal Auxiliar): "... aqui eu fico na parte de medicação, vacinação e parte de grupos: recém-nascidos e idosos".

(Profissionais Universitários): "... então seria também nessa parte educativa que você tem que ter suporte, mas a educativa você previne muito e estaria tentando evitar a curativa (...) a gente estava começando o programa de saúde da criança, tava indo até que razoavelmente, de repente mudou tudo, a equipe se desfez e agora só estou eu tocando o grupo e os médicos tocam só o consultório (...). O planejamento familiar a gente tá fazendo grupo com a população de mulheres".

(Profissionais Universitários): "... essa coisa de programas de saúde e a atividade de educação em saúde que eu gosto muito".

Entre o pessoal auxiliar é importante destacar que a equipe de saúde bucal é a que tem maior clareza desse papel e o relaciona com o objetivo de diminuição do número de cáries entre os munícipes:

(Pessoal Auxiliar): "O objetivo é diminuir o índice de cáries na população, dar prioridade para as crianças porque é mais fácil de educar...".

(Pessoal Auxiliar): "... meu trabalho também é preventivo: escovação para que no futuro ela não tenha a boca estragada".

Um pequeno número de profissionais universitários demonstrou perceber o papel importante que têm como facilitadores da integração inter-equipes e entre os funcionários e a população e também como elementos importantes no direcionamento das atividades da UBS:

(Profissionais Universitários): "... planejar, administrar a estrutura para que ela cumpra esses objetivos e garantir que os objetivos sejam seguidos pela administração municipal (...) papel de defesa do serviço, mas em defesa da população".

(Profissionais Universitários): "... é assim que eu me vejo aqui no Tijuco Preto, como uma facilitadora para algumas coisas. Eu me vejo como um elo de ligação, entre os profissionais, entre a equipe".

(Profissionais Universitários): "... a supervisão das auxiliares, a supervisão das atividades e algumas atividades específicas...".

(Profissionais Universitários): "... estruturar um serviço que desse conta do atendimento".

QUADRO 11

ORIENTAÇÃO RECEBIDA E FINALIDADE/IMPORTÂNCIA DAS FUNÇÕES TÉCNICAS E DAS FUNÇÕES EDUCATIVAS

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
- papel educativo junto à população e	:	- papel educativo junto à população e
pacientes	:	pacientes
. sobre tratamento, medicação,	:	
alimentação	:	
. prevenção (individual e coletivamente)	:	. prevenção(individual e coletivamente)
	:	
- orientar quanto ao funcionamento da UBS	:	
	:	
- orientar os colegas funcionários sobre	:	- orientar os funcionários
as tarefas a serem realizadas	:	. questões técnicas
	:	. modelo de atuação
	:	

(vide Quadro 4 na página 87)

Quanto à orientação recebida e finalidade/importância das funções técnicas e das funções educativas o quadro II mostra que os dois grupos revelam ter preocupação com o papel educativo junto à população em geral e junto aos pacientes, apesar de a manifestarem diferentemente:

(Pessoal Auxiliar): "... mas existe muita forma de educar, tem gente que perde muita consulta, muitas pessoas não vêm buscar os exames que estão acumulando, então quando ela aparece eu falo".

(Pessoal Auxiliar): "... mas é mais uma orientação no saneamento".

(Pessoal Auxiliar): "A gente orienta paciente quando leva para São Paulo, como deve vir embora se vier de Ônibus, que hospital vai, se não conhece: aqui é ortopedia, aqui é ambulatório".

(Pessoal Auxiliar): "... para orientar a gente sente, por exemplo, às vezes, um paciente pega uma receitinha, vai à farmácia, compra o remédio, e vem com a gente: como tomo o remédio? Ou quando é encaminhado para algum lugar a gente ensina".

(Pessoal Auxiliar): "... educativa no trabalho que tô agora, atendimento de enfermagem, porque esse atendimento é uma área que a gente pega a criança desde pequena e pode orientar sobre tudo isso aí, na vacinação, a gente explica para que aquela vacina serve, então a gente acaba orientando a mãe, e é uma maneira de estar educando".

(Pessoal Auxiliar): "Eu ensino sim, eu sempre complemento: se a medicação pode dar alguma coisa, alguma reação. Eu sempre procuro orientar pro pessoal ficar legal e não vir tanto aqui".

(Pessoal Auxiliar): "Orientação. Vou atender um paciente com TB (tuberculose), então vou orientar sobre as vacinas, alimentação, a importância dela vir nas consultas, tomar vacina".

(Profissionais Universitários): "... é uma questão transformadora, poder mostrar para as pessoas que elas podem ter domínio do espaço, fazer alguma coisa por eles"..

(Profissionais Universitários): "... todas envolvem. Todo momento que estou atendendo o paciente envolve, porque estou orientando. Qualquer ação que você tá fazendo envolve a parte educativa, seja individual ou grupal. Também com relação ao resto da equipe da enfermagem".

De modo igual a equipe da saúde bucal foi a que mais enfatizou a importância desse papel:

(Pessoal Auxiliar): "... a gente faz a escovação nas pessoas, a gente orienta como usar o fio dental, como escovar os dentes, higiene".

(Pessoal Auxiliar): "... é uma função educativa, a orientação, a escovação, a higienização".

(Pessoal Auxiliar): "... diretamente na prevenção de placa bacteriana, porque a população não sabe nem o que é placa bacteriana".

(Pessoal Auxiliar): "... na orientação da escovação, na hora que a gente faz a anamnese".

O pessoal auxiliar citou que continuam a ser sempre requisitados pelos usuários para explicarem sobre o tratamento ou funcionamento da Unidade:

(Pessoal Auxiliar): "Tem médico que orienta bem o paciente e tem pessoas que saem meio confusas, não sabe mesmo o que o médico falou no consultório, a gente tem que estar complementando e tal, aí que as pessoas esclarecem alguma coisa".

(Pessoal Auxiliar): " ...porque às vezes passa pelo médico e o médico esqueceu de orientar, ou às vezes tá sentindo alguma coisa e não se abre com o médico, mas se abre com a enfermagem".

(Pessoal Auxiliar): "... principalmente quando fico na farmácia, às vezes ele vem com a receita e a gente explica como tem que tomar".

(Pessoal Auxiliar): "... estar educando, orientando, quem eles devem procurar para fazer os exames, o lugar correto".

Os dois grupos destacaram o papel educativo junto aos colegas, também funcionários do serviço, sobre a execução das tarefas; o que mostra um progresso em relação ao momento anterior em que não se viam com esse papel:

(Pessoal Auxiliar): "... eu sempre exijo deles um bom trabalho, respeitar os pacientes, tratar bem".

(Pessoal Auxiliar): "... quando percebo a maneira de tratar um paciente ou os colegas, vou procurando conversar e tentar mostrar do meu ponto de vista como deveria ser".

(Pessoal Auxiliar): "... a gente ajuda, tem pessoa que não sabe e então a gente tem que explicar o setor".

Além disso os profissionais universitários percebem-se como possíveis modelos de atuação para os demais profissionais do serviço:

(Profissionais Universitários): "...em relação a forma com que a gente desenvolve as nossas funções, ela traz em si um modelo de educação que deve ser seguido apesar que nem sempre é um modelo positivo".

(Profissionais Universitários): "... eu acho que aparece a função educativa do meu trabalho também junto às auxiliares e no repasse de conhecimento nessa área...".

(Profissionais Universitários): "... olha, eu acho que em todos os momentos, o relacionamento, a forma de fazer qualquer ato, o tom de voz que eu uso. Sem dúvida tem também o momento de educação mais direta: olha, não é assim. É o modelo."

QUADRO 12

ATITUDE DIANTE DA PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
- maior preocupação com recepção e atendimento do usuário/paciente	:	- maior preocupação com recepção e atendimento do usuário/paciente
	:	
	:	
	:	
	:	
- grande influência no serviço de saúde da instabilidade política local e do difícil relacionamento do serviço de saúde com o poder executivo do município	:	- grande influência no serviço de saúde da instabilidade política local e do difícil relacionamento do serviço de saúde com o poder executivo do município
	:	

(vide Quadro 5 na página 93)

O quadro 12 refere-se à atitude diante da participação da população. Este não foi um tema muito discutido nas reuniões realizadas com os dois grupos. O que é possível notar é que os dois grupos demonstraram maior preocupação com a qualidade da recepção e do atendimento oferecido aos usuários da Unidade do que nas primeiras entrevistas:

(Pessoal Auxiliar): *"Eu gosto de trabalhar aqui porque a gente tá junto com a população e é um trabalho diferente"*.

(Pessoal Auxiliar): *"... então eu acho bom estar em contato com o povo e procurar atender bem as pessoas, pois acho que as pessoas doentes precisam mais de carinho e de uma palavra amiga do que de um tratamento"*.

(Profissionais Universitários): *"... e essa proximidade muito grande com a população é que é fantástica"*.

(Profissionais Universitários): *"Cada vez a gente faz de tudo em favor da população, mas não sei como estar melhorando (...) a população estaria esperando um pouco mais da gente"*.

(Profissionais Universitários): "... propostas para melhorar a atenção à comunidade".

(Profissionais Universitários): "... algumas pessoas tentaram mudar a postura de como passar uma informação para o paciente e até conhecer um pouco mais do que o serviço faz".

Um fator que já tinha sido citado nas entrevistas iniciais e que foi exacerbado nas finais, pelos dois grupos, foi a influência no serviço de saúde da instabilidade da política municipal e o mau relacionamento deste com o Departamento de Saúde. A maioria dos funcionários considera isto muito prejudicial para o desenvolvimento dos trabalhos. Nos comentários referentes ao quadro 8 (necessidades sentidas) este fator já foi destacado e exemplificado através de algumas citações.

QUADRO 13

INTERESSE POR CURSOS OU DISCUSSÕES

PESSOAL AUXILIAR

- aprendizado e/ou reciclagem de questões técnicas da atividade de cada setor

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS

- supervisão e reciclagem para questões técnicas da atividade de cada setor
- discutir sobre papel educativo dos profissionais nas suas atividades e sobre ações coletivas de saúde

(vide Quadro 6 na página 98)

Quanto ao interesse por cursos ou discussões apresentado no quadro 13 verifica-se que não ocorreram muitas mudanças com relação ao quadro 6. De modo geral o pessoal auxiliar refere o interesse pelo aprendizado e/ou reciclagem sobre aspectos técnicos das atividades desenvolvidas. Por exemplo: informática, arquivamento, assistência de enfermagem, etc.

(Pessoal Auxiliar): "... que a Unidade me permitisse visitar os hospitais e serviços de referência, conhecer os recursos".

(Pessoal Auxiliar): "... eu já fiz um curso de chefia na FUNDAF e agora queria qualquer coisa de recursos humanos que para mim é novidade, sempre mexi com esta parte, mas tocando o barco".

(Pessoal Auxiliar): "... outros cursos que estejam ligados à área de saúde, às vezes a gente pensa que sabe muita coisa e a gente não sabe nada".

(Pessoal Auxiliar): "... eu já fiz um curso sobre patrimônio só que eu acho que deveria ter algo mais, por exemplo: almoxarifado".

(Pessoal Auxiliar): "Curso de digitação".

Os profissionais universitários consideram que a supervisão de técnicos externos seria muito importante além da reciclagem sobre algumas questões técnicas específicas de cada categoria:

(Profissionais Universitários): "... não como assessoria direta mas assim a cada um ou dois meses discutir o assunto com pessoas de outras Unidades para se interar melhor de todos os assuntos".

(Profissionais Universitários): "... eu sinto necessidade de uma educação continuada, para ir além dos títulos que eu adquiri".

(Profissionais Universitários): "Acho que há necessidade de uma reciclagem contínua na área médica, pois o volume de conhecimentos é muito grande".

(Profissionais Universitários): "... Supervisão para discutir casos e procedimentos".

Estes profissionais demonstram interesse em discutir o papel educativo de cada profissional e também as ações coletivas de saúde que iriam além do atendimento ambulatorial:

(Profissionais Universitários): "Hoje o que está faltando é uma discussão mais técnica relacionada com essas ações coletivas em saúde".

(Profissionais Universitários): "... acho que a gente se sente muito generalista e sempre tem dúvida, seria bom se atualizar. E a própria questão da educação em saúde que a gente não tem técnica para fazer isso, é muito intuitivo, para montar um grupo a gente fica martelando para conseguir algo diferente".

QUADRO 14

PERCEPÇÃO SOBRE O OBJETIVO DAS REUNIÕES

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
- proporcionar maior integração interpessoal e inter-equipes	:	- proporcionar maior integração interpessoal e inter-equipes
	:	
- discutir as necessidades dos funcionários com relação ao trabalho e dentro da UBS	:	
	:	
- melhorar a comunicação interna	:	
	:	
- discutir os papéis e funções de cada equipe e funcionário	:	- discutir os papéis e funções de cada equipe e funcionário
	:	
	:	- envolver mais os funcionários no trabalho desenvolvido
	:	
- orientar os funcionários	:	- discutir o projeto da instituição
	:	
- melhorar o serviço	:	
	:	
- discutir sobre trabalho educativo na saúde	:	- discutir sobre trabalho educativo na saúde (modo participativo)
	:	
- não sabe	:	
	:	- desenvolver recursos humanos do serviço
	:	
	:	- permitir maior participação interna
	:	

No quadro 14 relativo à percepção sobre o objetivo das reuniões desenvolvidas durante a execução do projeto educativo nota-se que alguns aspectos foram sentidos igualmente pelos dois grupos: proporcionar maior integração interpessoal e inter-equipes:

(Pessoal Auxiliar): *"é para ter mais participação, pró pessoal ficar mais desinibido, pró pessoal se soltar e participar mais"*.

(Pessoal Auxiliar): *"... eu acho que era para melhorar o serviço, melhorar o convívio das pessoas aqui dentro. Porque nessas reuniões a gente podia conversar com as pessoas de outros setores"*.

(Profissionais Universitários): *"Integração entre os profissionais, detecção dos problemas, das dificuldades e de um projeto comum. Ver a linha de trabalho da equipe"*.

(Profissionais Universitários): *"... uma integração maior (...) pessoal universitário e pessoal auxiliar"*.

(Profissionais Universitários): *"... entrosamento inter-equipes através de discussão de alguns preconceitos que roiam de um lado e do outro"*.

Também foi citado como objetivo das reuniões discutir os papéis e funções de cada equipe e de cada funcionário:

(Pessoal Auxiliar): *"Acho que nessas reuniões a gente ficou sabendo o papel de cada um"*.

(Pessoal Auxiliar): *"... o objetivo era interar as pessoas do que elas faziam"*.

(Profissionais Universitários): *"... além de entrosamento da equipe, era a compreensão do serviço, do papel de cada um dentro do serviço"*.

E também discutir sobre o trabalho educativo na área de saúde:

(Pessoal Auxiliar): *"Assim tá informando a questão da saúde da população e discutir como fazer"*.

(Profissionais Universitários): *"... tinha a questão de pensar na educação e saúde de uma maneira participativa e se entender que trabalhar com educação e saúde com a população era também importante; que a gente enquanto equipe pudesse estar conversando sobre isso e trocando idéias"*.

Entre os profissionais universitários junto com a discussão de papéis e funções aparece a tentativa de envolver mais os funcionários no trabalho desenvolvido e discutir o projeto de toda a instituição:

(Profissionais Universitários): *"O projeto de trazer o funcionário para dentro do seu papel no serviço. A importância que ele exerce na educação e na participação da população dentro do serviço".*

(Profissionais Universitários): *"Para avaliar o serviço, um diagnóstico do serviço para ver como é que ele estava e a partir daí ver como poderia ser modificado e melhorado".*

O pessoal auxiliar percebeu também como objetivo das reuniões a discussão sobre as necessidades dos funcionários com relação ao trabalho na Unidade:

(Pessoal Auxiliar): *"... falar o que a gente sentia do serviço, né (...) e o que a gente achava do lugar onde trabalhava e depois era para juntar as turmas".*

(Pessoal Auxiliar): *"... para saber a necessidade da gente e as do serviço também".*

A melhoria da comunicação interna também foi vista como objetivo da reunião:

(Pessoal Auxiliar): "... mais contato com a administração: saber porque é assim, porque não".

(Pessoal Auxiliar): "... para melhorar o serviço, melhorar o convívio das pessoas aqui dentro (...) nessas reuniões a gente podia conversar com as pessoas e saber das coisas".

Outro objetivo das reuniões era a orientação aos funcionários (citada de modo muito vago sem especificar sobre o que):

(Pessoal Auxiliar): "... expor nossos problemas porque ela estava lá para orientar".

A melhora dos serviços de saúde apareceu como uma consequência das reuniões.

É importante salientar que um número razoável de funcionários deste grupo disse não saber qual era o objetivo das reuniões, apesar destes terem sido várias vezes referidos. Talvez a linguagem utilizada não tenha sido a mais adequada e, até mesmo, a rotatividade entre os que frequentaram as reuniões, pode ter prejudicado a compreensão quanto às pretensões do trabalho.

Entre os profissionais universitários apareceram também como objetivos o desenvolvimento dos recursos humanos do serviço (aprimoramento, reciclagem, etc...) a partir da discussão de temas de interesse do serviço:

(Profissionais Universitários): *"Acho que era estabelecer um processo de discussão da estrutura de recursos humanos dentro do serviço, não só no sentido de avaliar como essa estrutura se movimenta, mas também no sentido de propor novas formas de estruturação e organização baseadas na vivência que essas reuniões traziam para a gente".*

O objetivo menos citado, apesar de ter sido explicitado no início do processo como sendo o principal deles, foi permitir a maior participação interna nas discussões:

(Profissionais Universitários): *"O envolvimento dos funcionários com o próprio trabalho (...) ele também tem que participar, ele que está vivendo".*

(Profissionais Universitários): "Os profissionais de nível médio, ficam muito intimidados com a presença dos profissionais universitários e se calam porque acreditam que não têm nenhuma contribuição para dar. Acredito que quando eles notam um grupo mais ou menos nivelado ficam mais à vontade para falar e se colocar".

QUADRO 15

AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA NAS REUNIÕES

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
	:	
- técnicas participativas foram positivas	:	- técnicas participativas foram positivas
	:	
- temas pertinentes	:	- temas pertinentes
	:	
- coordenação feita por não funcionários foi positiva	:	- coordenação feita por não funcionários foi positiva
	:	
- divisão em dois grandes grupos . discriminadora . fase necessária	:	- divisão em dois grandes grupos . discriminadora . fase necessária
	:	
- é importante o incentivo por parte das chefias para a participação	:	
	:	
	:	

O quadro 15 refere-se à avaliação da metodologia utilizada nas reuniões e mostra que, de modo geral, as técnicas participativas usadas foram consideradas bastante positivas, por possibilitar um ambiente favorável para a discussão dos temas escolhidos, que foram considerados pertinentes:

(Pessoal Auxiliar): "... agora eu acho que os assuntos abordados foram super interessantes, pena que não pude continuar a participar".

(Profissionais Universitários): "Achei os assuntos muito pertinentes".

(Profissionais Universitários): "... dos que eu me lembro todos eram importantes para discutir".

(Profissionais Universitários): "... as técnicas foram muito bem utilizadas".

(Profissionais Universitários): "... eu me sentia mais em liberdade porque era em círculo".

(Profissionais Universitários): "... a metodologia achei ótima e também a duração. Para mim era um dia tranquilo aqui".

(Profissionais Universitários): "... porque assim eu me sinto super bem de poder participar da decisão e influir, a gente foi valorizada. Com relação a população a gente não sente o que realmente eles querem, eu acho que essa questão podia ter sido mais trabalhada".

Os dois grupos julgaram ter sido positivo que a coordenação dos grupos tenha ficado a cargo de pesquisadores que não pertenciam ao quadro de funcionários embora conhecessem bem a Unidade:

(Pessoal Auxiliar): "Acho que é legal uma pessoa de fora porque às vezes uma pessoa de fora vê a gente com outros olhos, apesar de no começo ficar meio constrangedor, mas depois a gente acaba se acostumando e acaba tudo isso".

(Pessoal Auxiliar): "... então eu acho que uma pessoa vindo de fora, você pode até soltar, falar alguma coisa, desabafar".

(Profissionais Universitários): "... pois ela não está envolvida e pode servir como mediadora, quando é alguém da Unidade, ele pode atravessar e exercer um papel negativo".

(Profissionais Universitários): "... o fato de ser coordenada por pessoas que não eram daqui, eu acho legal até porque viam as coisas com certa distância".

(Profissionais Universitários): "Apesar de você não ser daqui, estava por dentro de tudo, não dava para sentir que você não era daqui pois conhecia todo mundo".

(Profissionais Universitários): "... acho que era positivo ter alguém de fora coordenando, alguém que deixava a reunião mais ou menos livre mas que, ao mesmo tempo, direcionava, trazia a memória da gente para o objetivo".

Um aspecto que foi muito discutido e polêmico foi a divisão dos funcionários em dois grupos (Pessoal Auxiliar e Profissionais Universitários) para a realização das reuniões. Por um lado foi considerada discriminadora por reforçar diferenças e ao mesmo tempo viu-se como uma fase necessária para garantir, principalmente ao grupo auxiliar, condições para exercitar a participação em reuniões sem se inibir:

(Pessoal Auxiliar): "... acho que se os universitários estivessem juntos eles não deixariam falar".

(Pessoal Auxiliar): "... a princípio pensei assim: por que separar? (...) mas de repente o pessoal quando fica junto fica com medo de falar e falar errado. As pessoas começam a falar difícil e você não consegue entender. Então é bom ter uma separação durante algum tempo".

(Pessoal Auxiliar): "... acho que foi legal ter dividido porque o pessoal auxiliar sente-se mais à vontade para participar".

(Profissionais Universitários): "... aspectos positivos e negativos nessas divisões. Positivos: tem grupos mais homogêneos culturalmente e emocionalmente, a discussão rende mais. Negativos: a divisão em grupo cria um isolamento".

(Profissionais Universitários): "... é complicado porque se põe todo mundo junto as pessoas se inibem, acho que separado e depois junto é melhor".

(Profissionais Universitários): "... entendo os motivos da separação porque os universitários em geral tentam monopolizar a palavra, até por ansiedade".

Como consequência dessas percepções os próprios funcionários apontaram para outras alternativas na formação dos grupos:

(Profissionais Universitários): "... grupos menores e heterogêneos, que mesclassem as diversas categorias".

(Profissionais Universitários): "... separação por grupos de trabalho, equipes. A gente aprenderia a discutir junto as coisas entre pessoas de vários graus de escolaridade".

(Profissionais Universitários): "... um representante de cada categoria em pequenos grupos".

Além desses pontos o pessoal auxiliar salientou que o incentivo para a sua participação por parte das chefias imediatas era muito importante:

(Pessoal Auxiliar): "... é o tal incentivo que eu falo que falta, tem setores que poderiam ter melhor participação mas não há incentivo do chefe".

Quanto às questões mais operacionais, como dia e horário para a realização das reuniões, as manifestações foram no sentido de confirmar os horários utilizados já que eram reservados para reuniões do Departamento, significando cancelamento do agendamento. Com relação à periodicidade ocorreu o mesmo: quinzenalmente é o melhor. Verifica-se que o respaldo institucional é essencial.

QUADRO 16

MUDANÇAS SENTIDAS COMO CONSEQUÊNCIAS DAS REUNIÕES (PROGRAMA EDUCATIVO)

PESSOAL AUXILIAR	:	PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS
	:	
- de relacionamento	:	- de relacionamento
. com os demais Pessoal Auxiliar	:	. com os demais Profissionais Universitários
. maior proximidade	:	. maior proximidade
. contato melhor	:	. maior integração inter-equipes e de trabalho
. com os Profissionais Universitários	:	. com o Pessoal Auxiliar
. certa aproximação	:	. maior proximidade
	:	. percepção da importância do trabalho de equipe
. facilitou o relacionamento com Pessoal Auxiliar e Profissionais Universitários, mas só no início	:	
	:	
. com o usuário/paciente	:	. com o usuário/paciente
. atendimento mais compreensivo	:	. maior proximidade
. contato melhor	:	. valorização da participação popular (não muito discutido)
. colocar em prática o que aprendeu	:	
	:	
. com a gerência do serviço	:	. com a gerência do serviço
. não houve mudança	:	. não houve mudanças
. não há valorização do Pessoal Auxiliar	:	
	:	
- quanto à participação/envolvimento nas decisões	:	- quanto à participação/envolvimento nas decisões
. não houve mudança	:	. pequenas mudanças isoladas
. sem perspectivas de crescimento profissional	:	
	:	
- muitos não referiram mudanças	:	- muitos não referiram mudanças
	:	
	:	- resultado comprometido pelas circunstâncias
	:	
	:	

O quadro 16 procura mostrar as mudanças referidas pelos entrevistados como consequências do programa educativo desenvolvido. Este quadro mostra que quanto ao aspecto de relacionamento, os dois grupos sentiram mudanças principalmente com os seus pares, tornando o relacionamento mais próximo e facilitando a integração inter-equipes entre os profissionais universitários.

(Pessoal Auxiliar): "... o que mudou foi o relacionamento com as pessoas e mudou para melhor, a gente acabou se conhecendo apesar de muitas dessas pessoas já terem saído".

(Profissionais Universitários): "... com relação ao pessoal universitário acho que me entrosei um pouco mais".

(Profissionais Universitários): "... com relação aos demais profissionais universitários o relacionamento era bom e eu acho que melhorou um pouquinho".

Quanto ao relacionamento de cada um dos grupos com o outro, foi o pessoal auxiliar que referiu, com mais ênfase, a aproximação com os profissionais universitários:

(Pessoal Auxiliar): "... acho que sim, mudou sim, tem mais coragem para conversar com as pessoas, explicar as coisas".

(Profissionais Universitários): "... uma coisa que eu acho que mudou foi minha relação com algumas pessoas não universitárias."

Alguns dos profissionais universitários destacaram que as reuniões permitiram a percepção da importância do trabalho de equipe:

(Profissionais Universitários): "... eu acho que as reuniões facilitaram a parada para reflexão sobre o que se faz automaticamente".

(Profissionais Universitários): "... eu comecei a ver de uma forma mais intensa o trabalho em equipe".

Alguns dos funcionários auxiliares consideraram que a maior aproximação com os demais funcionários só ocorreu no início do trabalho, havendo novamente distanciamento nos últimos meses do programa:

(Pessoal Auxiliar): "... no início tentei mudar, mas quando a gente vê que não é correspondido, a gente deixa de lado (...). Alguns universitários dão a impressão que conversa menos do que antes".

Nos dois grupos houve referência à mudança no relacionamento com a população e com cada usuário/paciente. Tais mudanças foram verbalizadas de modo diferente, mas se referiam de modo geral ao atendimento mais compreensivo e a maior proximidade com os usuários:

(Pessoal Auxiliar): "... eu aprendi muita coisa nessas reuniões e procurei colocar em prática com a população".

(Pessoal Auxiliar): "... fiquei mais informada sobre coisas que eu nem sabia do balcão, para falar e fazer com o paciente".

(Profissionais Universitários): "... amenizou algumas queixas por parte da população".

Alguns profissionais universitários citaram que as reuniões permitiram uma maior valorização da participação popular, apesar deste ter sido um tema muito pouco discutido:

(Profissionais Universitários): "... e agora quero ver se eu vou saber receber a participação da comunidade, que eu acho importante mas que eu nunca vivi (...) vou ter que aprender a valorizar e aprender a lidar com isso".

Sobre a relação com a gerência do serviço os dois grupos não sentiram mudanças significativas. Entre o pessoal auxiliar alguns sentem-se desvalorizados, enquanto profissionais, pela direção do serviço, já que se consideram facilmente substituíveis:

(Pessoal Auxiliar): "... com a direção do serviço existe uma distância muito grande e eu acho que eles não dão importância para a gente. Não importa se somos ou não bons funcionários. Os bons e os ruins são considerados do mesmo jeito (...). Eu acho que a gente deveria ser valorizada e aumentada de cargo e não tirar os cargos, como já está acontecendo aqui. A gente participa muito menos".

Quanto à participação e envolvimento nas decisões, de modo geral, não foram sentidas mudanças: continuam sendo poucos os que participam. O pessoal auxiliar sente-se sem perspectiva de crescimento profissional. Entre os profissionais universitários as mudanças, revelando maior participação nas decisões, foram individuais e isoladas:

(Pessoal Auxiliar): "falaram que era para não existir aquela reunião de chefia, que era para participar todos, mas isso não aconteceu (...) nas reuniões de chefia eles é que tomavam as decisões".

(Profissionais Universitários): "... agora eu me questiono mais porque eu vi que é bom participar de um gerenciamento, de uma decisão (...) quando chega uma decisão e eu vejo que não fui solicitada eu fico meio enciumada e quero questionar mais".

(Profissionais Universitários): "... sem dúvida, não aceito muita definição, quero participar mais a fundo".

(Profissionais Universitários): "... de uma forma geral, consigo me incluir mais como responsável pelas coisas que estão acontecendo, tenho mais vontade de interferir e contribuir".

(Profissionais Universitários): "... me clareou bem isso: tá na mão da gente".

Nesse quadro é importante destacar que a maior parte dos entrevistados dos dois grupos não referiram mudanças em consequência do programa desenvolvido. Além disso, muitos profissionais universitários sentiram

difficuldade em avaliar se mudanças tinham ocorrido porque muitas interferências aconteceram no período:

(Profissionais Universitários): *"O resultado que elas poderiam ter trazido ficou comprometido por outras coisas: a situação do prefeito que dificultou nosso trabalho aqui dentro; a diminuição do número de profissionais e o abandono de projetos(...). Até acho que as coisas se modificaram mas as mudanças institucionais interferiram muito, talvez mais do que o programa desenvolvido".*

Avaliamos que a não percepção de mudanças devidas ao programa desenvolvido foi consequência da longa duração do mesmo, que sofreu várias interrupções por motivos alheios ao projeto propriamente dito. Afora isso, um programa de recursos humanos abordando as questões que este trabalho se propôs é bastante novo a nível de sistema público de saúde e, portanto, sujeito a inúmeros equívocos relativos a sua operacionalização no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde.

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A questão central, através da qual procurou-se guiar todo o trabalho, foi a participação dos funcionários, de um serviço de saúde local, na gestão desse serviço. Através dessa participação interna procurar-se-ia facilitar também a participação da população, numa co-gestão do serviço de saúde através, talvez, de um colegiado misto.

Tal questão não poderia ser vista em toda a sua realidade, sem que o tempo todo se tentasse estabelecer relações entre os avanços e recuos na implementação do projeto proposto para a realidade local e o macro contexto, isto é, os mesmos avanços e recuos que têm caracterizado o macro contexto em que se tem dado o processo de implantação da Reforma Sanitária brasileira.

Na verdade não foi possível atingir a participação da população porque a questão principal, a participação interna, mostrou-se como um tema rodeado de contradições e conflitos e uma área onde, na realidade, não se caminhou muito.

A questão da municipalização do setor saúde também apareceu como um fator que causa repercussões no desenvolvimento de um trabalho como o que este se propôs. Ficou evidenciado que um dos fatores que intervieram no processo, dificultando-o, relaciona-se com o fortalecimento do poder executivo local preocupado em tirar vantagens econômicas e políticas de sua atuação. Por outro lado, um

fator que reforçou a proposta relaciona-se a uma das vantagens do mesmo processo de municipalização: o avanço em termos de facilitar o contato com a população.

Concretamente, no caso de Vargem Grande Paulista os dois movimentos aconteceram de acordo com o que se previa na literatura. Com relação ao poder executivo local, SÁ (1991) já caracterizou bem a situação ao mostrar que a linha demarcatória entre o governo municipal e a administração pública é muito tênue, sendo que a concentração de poder no prefeito direciona a política de saúde e define prioridades, segundo pressupostos diferentes do setor saúde que tem, como referência, os preceitos constitucionais e o compromisso com a população, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Aí instala-se o conflito, já que as políticas públicas nacionais de saúde não têm mecanismos de defesa frente ao sistema de poder local.

A questão do financiamento do setor saúde também acabou engrossando o rol de problemas que permearam a municipalização do setor, e as dificuldades no andamento do trabalho. O repasse de verbas, a partir de um certo momento, não mais se caracterizou por critérios demográficos e que resolvam as necessidades locais, principalmente em relação ao pagamento de salários justos. Este fator incidiu profundamente no meio do processo.

Já se tem apontado na direção desses problemas, que acabam gerando como consequência a falta de condições operacionais na administração pública, atingindo, por fim,

uma área crítica na prestação de serviços: a área de recursos humanos.

Percebe-se que a relação intra e inter-equipes é difícil e possivelmente só poderia ser modificada através de um programa educativo mais intensivo, que cumprisse o total do percurso previsto e que, de alguma forma, fosse mais "protegido" da instabilidade da instituição e da política do executivo municipal. Por outro lado a proposta era de trabalhar com a realidade de um serviço municipalizado de saúde de um município de pequeno porte e isso foi o que se fez todo o tempo. Dentro desta proposta, talvez não fosse possível eliminar os fatores intervenientes.

Com relação ao programa educativo e, especificamente, quanto aos objetivos de, questionar a relação pedagógica inter-equipe e desta com a população e identificar a importância e incentivar a participação da população nas programações de saúde, foi possível notar que os funcionários mais "atingidos" foram aqueles que desde o início mostraram-se predispostos e interessados em participar de um processo de reflexão sobre as ações desenvolvidas no serviço. Observa-se que não foi possível garantir o envolvimento da maioria dos funcionários e, possivelmente, o que contribuiu para isso tenha sido a própria inserção dos mesmos numa realidade social e histórica que não favorece a participação, apesar desta ter sido estabelecida institucionalmente na Constituição Federal.

é importante ressaltar que dentre os "atingidos", grande parte eram profissionais universitários que, possivelmente, tiveram mais oportunidades de vivenciar momentos de decisão e escolha e desenvolver a capacidade de crítica. Isto seria consequência do fato da nossa sociedade restringir o poder de decisão a uma elite que tem acesso às informações. O acesso desigual à formação escolar e a precária formação dos profissionais também devem ser apontados como fatores que desfavorecem um papel crítico e participativo das pessoas.

Sem dúvida, o programa apresentou a sua maior falha no fato de não ter conseguido envolver e motivar a maioria dos funcionários, mas sabia-se "a priori", que seria difícil atingir as metas. Era previsível parte das dificuldades de participação destas pessoas e estas foram ampliadas dadas as circunstâncias mencionadas anteriormente.

Os dados da avaliação final nos permitem recomendar que se desenvolvam propostas de programas educativos mais pontuais e mais estruturado, envolvendo os dois grupos ao mesmo tempo e utilizando técnicas de grandes grupos com divisão em sub-grupos heterogêneos, que oportunizem a vivência das relações entre profissionais universitários e não universitários, suavizando as questões de poder atualmente existente entre eles.

O desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal como a capacidade de participar de um diálogo, com pessoas de universos vocabulares diferentes

(profissionais universitários e não universitários) deveria resultar desse processo de homogeneização de conhecimentos e vivência conjunta da discussão interprofissional em sub-grupos.

O desenvolvimento de habilidades de contato com o público, de acordo com as necessidades e características da população e de forma mais democrática, não tiveram espaço para serem desenvolvidas. Propomos que, como foi pensado para esta experiência, façam parte da programação, como atividades conjuntas para todos os funcionários, permitindo um processo de reflexão das práticas vigentes e desvendamento de seus condicionantes sócio-culturais.

Além disso, o desconhecimento da proposta da Reforma Sanitária por grande parte do pessoal indica que este assunto deveria ser objeto de discussão para o entendimento do objetivo do projeto e incluído na programação.

Com relação à proximidade com a população, também em estudo anterior, WESTPHAL (1992) já mostrou a limitação da participação de movimentos organizados da população na área de saúde em Vargem Grande Paulista. Mas, apesar das limitações, estes movimentos têm buscado seu espaço e os funcionários têm percebido e aceito certos avanços, principalmente na sua participação no Conselho Municipal de Saúde, de caráter deliberativo.

Mesmo não tendo atingido os objetivos principais o projeto proporcionou um encaminhamento nesta direção,

demonstrando que o processo de mudança é longo. Todos esses aspectos não plenamente satisfeitos precisariam ser aprofundados em novos estudos.

Em relação a influência do nível macro, muito já foi dito sobre a área de recursos humanos e sobre a sua importância na viabilização e implantação, de fato, do Sistema Único de Saúde, mas pouco se tem avançado tanto na definição de uma carreira única para os profissionais de saúde, quanto em investimentos na formação desses profissionais (educação continuada). Também quase nada tem ocorrido, que pudesse garantir uma aprendizagem em serviço, no exercício das funções, vinculada a uma percepção crítica das práticas desenvolvidas e das necessidades da população, através de programas de reciclagem e capacitação profissional. Tais programas, para que de fato sejam transformadores, devem se pautar pelas colocações de SANTANA(1990) e OLIVEIRA JÚNIOR(1990) que enfatizam a necessária recuperação do valor do profissional, colocando-o como centro de uma nova política no setor.

Este trabalho procurou avançar sob esta nova ótica, procurando reservar aos funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista o papel de sujeitos do processo desenvolvido. Percebeu-se não ser um caminho fácil, até mesmo pelo desconhecimento. Outros estudos, precisariam aprofundar esta questão.

Estudos como o de SPINK (1987), abordando a transmissão de diretrizes das políticas públicas para a área

de recursos humanos, precisariam ser aprofundados no sentido de auxiliar na definição dos papéis dos órgãos ligados à prestação de serviços de saúde e à formação dos recursos humanos de saúde em seus vários níveis internos: central, intermediário e local.

Finalmente, é importante destacar que este projeto foi fruto da Integração Docente-Assistencial entre a Faculdade de Saúde Pública e o Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista. Seu desenvolvimento contribuiu no sentido de estreitar este vínculo e possibilitar outros projetos conjuntos, inclusive na área de recursos humanos, possibilitando a continuidade deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, A.E.E.H.B. Uma experiência pedagógica em construção na formação de pessoal. Cad. Fundap, 2 (13): 34-43, 1987.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) A experiência do SUDS e os desafios atuais da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1988.
- BASCH, C.E. Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Hlth. Educ. Quart., 14 (4): 411-48, 1987.
- BERLINGUER, G. Uma reforma para a saúde. In: BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S.M.F.; CAMPOS, G.W.S. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, HUCITEC, 1988. p. 1-106
- BERLINGUER, G. Reforma sanitária Brasil-Itália. Saúde Deb., (24): 43-51, 1989.
- BRASIL Leis, etc. Decreto Nº 94.657, de 20 de julho de 1987; dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de jul., 1987. p. 11503: Seção I.
- BRIOSCHI, L.R. & TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. Ciênc. e Cult., 32 (7): 631-37, 1987.

- CAMILLO-COURA, L. Relações entre o ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada. Rev. bras. Educ. méd., 11 (3): 114-8, 1987.
- CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C. Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979.
- CAMPOS, G.W.S. O debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária. Saúde Deb., (23): 7-12, 1988.
- CAMPOS, G.W.S. A política de financiamento e de gestão do SUDS: considerações para debate. Saúde Deb., (25): 25-7, 1989.
- CAMPOS, G.W.S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Saúde Deb., (28): 24-7, 1990.
- COHN, A. As grandes questões de administração das políticas sociais (recursos humanos): de instituídos a instituintes. Rev. Adm. públ., 22 (1): 25-31, 1988.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1ª, São Paulo, 1991. Relatórios - síntese. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Brasília, 1986. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- CORNETTA, V. K. Comparação da força de trabalho em serviços de saúde. São Paulo, 1991. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

- CORVINO, M.P.F. A educação continuada de médicos nos serviços públicos de atenção primária à saúde. São Paulo, 1991. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- FALSETTI, L.A.V. Educação e grupos operativos. São Paulo, s.d. [Texto didático da Disciplina Educação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da USP - Mimeografado].
- FARIA, N.M.X. SILOS - uma visão da linha de frente do sistema. Saúde Deb., (30): 69-71, 1990.
- FERREIRA, R.M.F. A relação de dominação na pesquisa social. Rev. Cult. Pol., (3): 65-9, 1981.
- FREIRE, P. Educação e mudança. 5ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 15ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- GADOTTI, M. Pensamento pedagógico brasileiro. São Paulo, Ática, 1987.
- GLIK, D.; GORDON, A.; WARD, W.; KOUAME, K.; GUESSMAN, M. Focus group for formative research in child survival: an Ivorian example. Int. Quart. community Hlth Educ., 8 (4): 297-315, 1988.
- GOULART, F.A.A. Construção local do modelo assistencial de saúde, à luz do planejamento estratégico. Saúde Deb., (28): 56-9, 1990.

- HADDAD, J.; MOJICA, M.J.; CHANG, M.I. Proceso de educacion permanente en salud. Educ. med. Salud, 21 (1): 11-29, 1987.
- HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en America Latina. Educ. med. Salud, 24 (2): 136-204, 1990.
- HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. 2ª ed. Petrópolis, Vozes, 1990.
- KRUEGER, P.A. Focus groups - a practical guide for applied research. 3rd ed. Newbrury Park, Calif, Sage, 1989.
- LLORÉNS, J.A. Educacion permanente en salud: posibilidades y limitaciones. Educ. med. Salud, 20 (4): 513-23, 1986.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.
- MEDICI, A.C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. Rev. Adm. públ., 21 (3): 132-46, 1987.
- MINKLER, M. & COX, K. Criando consciência crítica em saúde: aplicações da filosofia e métodos de Freire aos estabelecimentos de atenção à saúde. São Paulo, s.d. [Texto didático da Disciplina Educação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP - Mimeografado].

- MULLEN, P.D. & IVERSON, D. Qualitative methods. In: GREEN, L.W. & LEWIS, F.M. Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto, Mayfield Publ., 1986. p. 149-70.
- OLIVEIRA JUNIOR, M. Administração de recursos humanos: um obstáculo à municipalização dos serviços de saúde? Saúde Deb., (28): 41-5, 1990.
- PATTON, M.Q. Qualitative evaluation methods. London, Sage Publ., 1980.
- PICHON-RIVIERE, E. O processo grupal. 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- O PROCESSO educativo segundo Paulo Freire & Pichon-Rivière; seminário. 2ª ed. Petrópolis, Vozes, 1989.
- RAMIREZ, A.G. & SHEPPERD, J. The use of focus group in health research. Scand. J. Primary Hlth. Care (suppl. 1): 81-90, 1988.
- ROSCHKE, M.A.C. & CASAS, D.M.E. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. Educ. med. Salud, 21 (1): 1-10, 1987.
- SÁ, E.N.C. Novas autonomias/Novas realidades no processo de implantação do sistema único de saúde: uma contribuição à análise da saúde pública como questão da política pública social. São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, 1991. [Mimeografado]

- SANTANA, J.P. Formulação de políticas de recursos humanos nos serviços de saúde. Saúde Deb., (28): 66-71, 1990.
- SANTOS, J. & SOUZA, A.A. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: projeto Larga Escala, uma experiência em construção. Saúde Deb., (24): 61-4, 1989.
- SMEKE, E.L.M. Educação, saúde e movimento popular. Saúde Deb., (28): 52-5, 1990.
- SPINK, M.J.P. A dimensão organizacional das políticas públicas. Cad. FUNDAE, Z(13): 27-33, 1987.
- STULHMAN, L. & CODINA, F. Investigación sobre personal de salud: analisis de prioridades y orientaciones de política. Educ. med. Salud, 19 (1): 1-24, 1985.
- TEIXEIRA, S.M.F. Política social em crise na América Latina. Rev. Adm. públ., 19 (4): 98-129, 1985.
- TEIXEIRA, S.M.F. Cidadania, direitos sociais e estado. Rev. Adm. públ., 20 (4): 115-40, 1986.
- TEIXEIRA, S.M.F. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.M.F.; CAMPOS, G.W.S. A Reforma sanitária: Itália - Brasil. São Paulo, HUCITEC, 1988, p. 195-207.
- TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. Saúde Deb., (26): 42-53, 1989.
- THIOLLENT, M. Crítica metodológica. investigação social e enquete operária. 3ª ed. São Paulo, Polis, 1982.

- VASCONCELOS, L.P.; ARANTES, M.B.; SALOMÃO, O.; DOLHNIKOFF, S.; SARMIENTO, S.; SASSAKI, T. Educação em saúde e a reforma sanitária: subsídios para discussão. São Paulo, 1987. [Documento discutido em Assembléia dos Educadores de Saúde Pública do Estado de São Paulo em 15 de setembro de 1987 - Mimeografado].
- VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Americas. Educ. med. Salud, 18 (1): 1-33, 1984.
- VIDAL, C.A.; GIRALDO, L.E.; JOUVAL, H. La educación permanente en salud en America Latina. Educ. med. Salud, 20 (4): 495-512, 1986.
- VIEIRA, P.R. & CAMPOS, A.M. Em busca de uma metodologia de pesquisa relevante para a administração pública. Rev. Adm. públ., 14 (3): 101-10, 1980.
- WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E. Empowerent education: Freire's ideas adapted to health education. Hlth. Educ. Quart., 15 (4): 379-94, 1988.
- WESTPHAL, M.F. & PELICIONI, M.C.F. Contribuição da educação em saúde para a Reforma Sanitária. Saúde Deb., (33): 68-73, 1991.
- WESTPHAL, M.F. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992 [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

A N E X O 1

UBS DE VARGEM GRANDE PAULISTA

Entrevista inicial com os funcionários

DATA: ____/____/____

1. Nome _____
2. Categorical Profissional _____
3. Escolaridade _____
 - 3.1 Se 3º grau - fez curso de Saúde Pública?
Sim _____ Não _____
4. Sexo: Masculino _____ Feminino _____
5. Idade: _____
6. Estado marital: _____
7. Local de moradia: _____
 - 7.1 Se Vargem Grande Paulista - há quanto tempo?: _____
8. Horário de trabalho: _____
9. Vínculo empregatício: _____
10. Tempo de serviço na U.B.S.: _____
11. Por que você trabalha aqui? _____
12. O que você acha do seu trabalho nesta U.B.S.?
aspectos positivos: _____
aspectos negativos: _____

13. Para você, qual o objetivo do trabalho desta U.B.S. em
relação à saúde da população que mora no município?

14. Qual o objetivo do seu trabalho nesta UBS, também em
relação à saúde da população que mora no município?

15. Você considera que o desempenho de suas tarefas envolve
alguma função educativa? Quais seriam elas?

16. Tem dificuldades para realizar seu trabalho? (S/N)

Quais? -----

17. Sente necessidade de alguma orientação, curso ou outra
coisa qualquer para realizar seu trabalho?

Não ----- Sim -----

O que? -----

Por que? -----

A N E X O 2

UBS DE VARGEM GRANDE PAULISTA

Entrevista final com os funcionários

Data: ___/ ___/ ___

- (T) 1. Nome: _____
- (T) 2. Categoria Profissional: _____
- (T) 3. Escolaridade: _____
- (T) 4. Sexo: M_____ F_____
- (T) 5. Idade: _____
- (T) 6. Local de Moradia: _____
- (T) 6.1. Se Vargem Grande Paulista - Há quanto tempo?: _____
- (T) 7. Horário de trabalho: _____
- (T) 8. Vínculo empregatício: _____
- (T) 9. Local de trabalho no Departamento de Saúde de VGP.
- a) UBS Central
 - b) UBS Tijuco Preto
 - c) UBS São Lucas
- (T) 10. Tempo de serviço no Departamento de Saúde de VGP.
- a) UBS Central
 - b) UBS Tijuco Preto
 - c) UBS São Lucas

- (T) 11. Etapas do trabalho de que participou.
- 11.1 EI
11.2 EG
11.3 R GPO
- (T) 12. Por que você escolheu este lugar para trabalhar?
-
- (T) 13. O que você acha do seu trabalho nesta UBS ?
- aspectos positivos:-----
- aspectos negativos:-----
- (T) 14. Como você vê o objetivo do trabalho desta UBS, em relação à saúde da população que mora no município?
-
- (T) 15. Qual o objetivo do seu trabalho nesta UBS, também em relação à saúde da população que mora no município?
-
- (T) 16. Você considera que o desempenho de suas tarefas envolve alguma função educativa ? Quais seriam elas ?
-
- (T) 17. Tem dificuldade para realizar seu trabalho?
- Não Sim
Quais ?-----
- (T) 18. Sente necessidade de alguma orientação, curso ou outra coisa qualquer para realizar seu trabalho ?
- Não Sim
O que?-----
- Por que?-----

(T) 19. Por que (não) compareceu às reuniões de grupo com PU/PA ?

20. Há quantas reuniões compareceu ?

21. Por que não foi a todas as reuniões ?

(T) 22. Qual acha que era o objetivo destas reuniões ?

(RGpos) 23. Lembra dos assuntos que foram discutidos nas reuniões ?

(RGpos) 24. O que achou destes assuntos ?

(RGpos) 25. Gostaria de ter discutido outros assuntos ?
Quais ?

(RGpos) 26. Faça uma avaliação das reuniões quanto à :

a) metodologia utilizada_____

b) técnicas_____

c) tempo de duração_____

d) dia e horário_____

(RGpos) 27. Em geral o que achou das reuniões ?

(RGpos) 28. O que pensa das reuniões terem sido coordenadas por uma pessoa que não trabalha na Unidade ? O que acha da co-coordenação por uma pessoa da Unidade ?

(RGpos) 29. Com relação às reuniões que foram feitas conosco (Cláudia, Beth e Márcia) você percebeu alguma diferença antes delas e depois que elas pararam:

29.1. No trabalho desenvolvido pelo Departamento de Saúde de VGP ?-----

Qual?-----

29.2. No seu trabalho:

a) relação com a população em geral

b) relação com o usuário/paciente

c) relação com os demais PU/PA

d) relação com os demais FA/PU

e) relação com a gerência do serviço

f) no seu envolvimento e/ou participação nas decisões e na gestão do serviço.

- (T) 30. Como acha que estas reuniões deveriam ser organizadas para colaborar no andamento do serviço?
- assuntos_____
 - metodologia_____
 - técnicas_____
 - componentes_____
 - número de participantes_____
 - dia, horário e duração_____

- (G) 31. Além das reuniões que outras atividades deveriam ser desenvolvidas no serviço, para que os assuntos discutidos fossem "vistos" e "sentidos" na prática ?
- _____

LEGENDA

(T) - para todos

(RGpos) - para os que participaram do programa de educação continuada

(G) - para a gerência