**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JAQUELINE ALCÂNTARA MARCELINO DA SILVA

**ANÁLISE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE TRABALHADORES
DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: concepções de educação no
trabalho, levantamento de necessidades, público participante e
resultados esperados**

**São Paulo
2009**

JAQUELINE ALCÂNTARA MARCELINO DA SILVA

**ANÁLISE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE TRABALHADORES
DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: concepções de educação no
trabalho, levantamento de necessidades, público participante e
resultados esperados**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Administração
em Serviços de Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marina
Peduzzi

São Paulo

2009

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Jaqueline Alcântara Marcelino da.

Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados / Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva. – São Paulo, 2009.

215 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Peduzzi.

1. Educação permanente 2. Profissionais da saúde 3. Cuidados
primários de saúde. I. Título.

Nome: Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Título: Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Aos meus pais Reinaldo e Edna, com amor

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo infinito amor, cuidado e orientação em todos os momentos.

Aos meus pais, Reinaldo e Edna pelo amor, apoio, ensinamentos e carinho incontáveis.

A Marina Peduzzi pela amizade, confiança, dedicação e aprendizado contínuo.

Ao meu companheiro, Alexssandro, pela paciência e apoio durante a finalização deste trabalho.

A Márcia Niituma Ogata com quem dei os primeiros passos na saúde coletiva, agradeço pela participação no exame de qualificação.

A Vera Lucia Mira Gonçalves pela amizade e contribuições no exame de qualificação deste estudo.

Ao Ricardo Ceccim pelo aprendizado, inspiração e contribuições na discussão dos resultados desse estudo para a elaboração das categorias empíricas.

A Maria Helena Trench Ciampone e Valéria Castilho pela amizade e apoio na chefia do Departamento de Orientação Profissional.

A Maria Madalena Januário Leite pelas contribuições na elaboração do referencial teórico sobre educação.

A todos os docentes do Departamento de Orientação Profissional pelo apoio e incentivo.

As especialistas em laboratório de ensino, Juscilyne, Milena, Irene, Érica, Yara e Carla pelo companheirismo, apoio e amizade.

A equipe de apoio do Departamento de Orientação Profissional, Andreia, Edina e Osni.

A professora Cassia Baldini Soares pelo aprendizado e debate sobre o objeto de estudo na disciplina MISC I e no grupo de pesquisa.

Ao Ricardo Góes pela amizade, experiências compartilhadas e discussões sobre este estudo.

Aos gerentes e trabalhadores dos serviços pela disponibilidade em participar deste estudo com valiosas percepções sobre a educação no trabalho.

A Nadir Aparecida Lopes que contribuiu de forma especial na revisão das referências.

A Juliana Akie Takahashi pela elaboração da ficha catalográfica.

A equipe da biblioteca Wanda Aguiar Horta e aos demais colegas da EEUSP.

A equipe do serviço de pós-graduação da EEUSP pelo constante apoio.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Gestão de Recursos Humanos da Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem pelos debates e estudos compartilhados.

A equipe da gráfica da EEUSP pela colaboração.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

“Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissoluvelmente à sua ação sobre o mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo” (Freire, 1990).

Silva JAM. Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Pesquisa com o objetivo de analisar as atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica (AB) quanto às concepções de educação no trabalho, o levantamento de necessidades, o público participante e os resultados esperados. Estudo de abordagem qualitativa com caráter compreensivo e interpretativo realizado em duas unidades básicas de saúde do município de São Paulo, por meio de entrevista semi-estruturada gravada com 36 informantes-chave, representativos de cada categoria profissional inserida nos serviços, incluindo o segmento gerencial e de trabalhadores da saúde. Os dados foram analisados com a técnica de análise de conteúdo temática à luz do quadro teórico: processo de trabalho em saúde, educação continuada (EC), educação permanente em saúde (EPS), trabalho em equipe e concepção de integralidade. Os resultados deste estudo revelam a presença da construção coletiva do saber a partir da realidade de trabalho, o levantamento de necessidades para a educação no trabalho por meio da reflexão sobre as práticas de saúde e a promoção da emancipação dos trabalhadores e usuários como resultados das atividades educativas pertinentes à concepção da EPS que se pretende instituir para a mudança das práticas de saúde e do modelo assistencial biomédico. Contudo, este espaço apresenta tensões à medida que o público participante predominante das ações educativas no trabalho é composto por categorias profissionais específicas que reforçam a fragmentação das práticas de saúde. O levantamento de necessidades também ocorre a partir de demandas externas ao serviço e de dificuldades técnicas e o resultado das ações educativas em curto prazo está centrado na apropriação do saber instrumental para a execução de procedimentos. Assim, os resultados evidenciam uma concepção de educação no trabalho, na AB, constituída pela educação instrumental (EC) e pela educação emancipatória (EPS). A presença da proposta de EPS que toma como referência as necessidades de saúde dos usuários/população, sinaliza um avanço na direção da transformação das práticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação permanente em saúde. Educação continuada. Trabalho. Recursos humanos em saúde. Educação no trabalho. Atenção básica.

Silva JAM. Educational activities of health workers analysis in the primary health care: education conceptions at work, needs raising, participating public and expected results [dissertation]. São Paulo (SP): USP School of Nursing; 2009.

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the educational activities of health workers in the primary health care (PHC) as to work education conceptions, needs raising, the participating public and the expected results. This study has a qualitative approach with comprehensive and analytical character carried out in two basic health units in the city of São Paulo, by means of semi-structured interview recorded with 36 key informers representative of each professional category inserted in the services including the managerial segment and of health workers. The data was analyzed with the thematic content analysis technique at the light of the theoretical board: process of work in health, continuing education (CE), permanent health education (PHE), team work and conception of integrality. The results of this study reveal the presence of the collective construction of the knowledge from the work reality, needs raising to the work education from the reflexion about the health practices and the emancipation promotion of the workers and users as results of the educational activities pertinent to the conception of the PHE that intends to institute itself for the change of the health practices and of the biomedical care model. However, this space presents tensions in proportion the predominant participating public of the educational activities at work is composed by specific professional categories that reinforce the fragmentation of the health practices. The needs raising also occurs from the external demands to the service and from technical difficulties and the result of the educational actions in short-term is centered on the appropriation of the instrumental knowledge for the procedures execution. Thus, the results evidenciate a conception of work education, in the PHC, constituted by the instrumental education (CE) and by the emancipatory education (PHE). The presence of the PHE proposal that takes as reference the users/population health necessities, signals an advancement towards the health practices transformation.

KEY WORDS: Permanent health education. Continuing education. Work. Health manpower. Work education. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

SIGLAS	REFERÊNCIA
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASE	Conversando a Gente se Entende
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DA	Distrito Administrativo
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPSM	Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal
INS	Índice de Necessidades em Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
NOB	Normal Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OCDE	Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PA	Pronto-Atendimento
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF	Programa de Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Serviço Especializado
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SOBRECEn	Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO GERAL.....	22
2.1 Objetivos específicos	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 Processo de trabalho em saúde.....	23
3.2 Concepções de educação no trabalho em saúde	31
3.3 As atividades educativas de trabalhadores da saúde na perspectiva da educação permanente em saúde e da educação continuada	37
3.4 A atenção básica	49
4 METODOLOGIA.....	56
4.1 Tipo de estudo.....	56
4.2 Campo de estudo	57
4.3 Aspectos Éticos.....	66
4.5 Sujeitos do estudo	67
4.6 Coleta de dados.....	67
4.7 Análise dos dados	69
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
5.1 Perfil dos gerentes e trabalhadores que participaram do estudo	72
5.2 Concepções de educação dos trabalhadores e gerentes.....	76
5.2.1 A educação é inerente à organização do trabalho em saúde.....	78
5.2.2 A educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho	88
5.2.3 As atividades educativas para trabalhadores revelam a concepção tradicional de educação	103
5.3 Levantamento de necessidades dos trabalhadores e gerentes	106
5.3.1 Reflexão sobre as práticas de saúde.....	108
5.3.2 Demandas da população/ usuários da área de abrangência do serviço	111
5.3.3 Demandas externas da SMS e ou Coordenadoria regional de Saúde	117
5.3.4 Dificuldades técnicas para realizar o trabalho.....	120
5.3.5 Ação gerencial na supervisão do trabalho	122
5.4 Público Participante.....	126
5.4.1 Categorias profissionais específicas.....	127
5.4.2 Equipes de trabalho	135
5.4.3 Convocação obrigatória e participação facultativa	138
5.4.4 Comunidade/ usuários.....	142
5.5 Resultados Esperados.....	144
5.5.1 Em curto prazo – Apropriação do saber instrumental para a execução de procedimentos técnicos.....	145
5.5.2 Em curto, médio e longo prazo – Promover a emancipação dos usuários e trabalhadores da saúde	148
5.5.3 Em curto, médio e longo prazo – Mudança da postura do trabalhador	154
5.6 Entraves para o desenvolvimento da EPS.....	162

5.6.1 Ausência de distinção entre as concepções de educação em saúde para usuários e de educação de trabalhadores da saúde	163
5.6.2 A política de Recursos Humanos em Saúde	166
5.6.3 Intensa rotina de trabalho	169
6 SÍNTESE	174
6.1 Concepções de educação dos trabalhadores e gerentes.....	174
6.2 Levantamento de necessidades dos trabalhadores e gerentes	177
6.3 Público participante	181
6.4 Resultados esperados	184
6.5 Entraves para operacionalização da EPS	188
7 CONCLUSÃO	190
REFERÊNCIAS.....	192
APÊNDICES	209
ANEXOS	214

1 INTRODUÇÃO

O tema central deste estudo são as atividades educativas para trabalhadores da saúde na atenção básica analisadas na perspectiva dos gerentes e trabalhadores.

Os trabalhadores da saúde podem ser entendidos de duas formas: como força de trabalho ou recurso humano. O termo força de trabalho está relacionado à escola clássica de Smith e Marx na busca de compreender fenômenos sócio-econômicos. Em contrapartida, a expressão recurso humano (RH) advém da ciência da administração e refere-se a alguém que está subordinado à ótica da gerência (Nogueira, 1983).

Utilizar o termo força de trabalho remete às características do trabalho e seus desdobramentos como espaço de produção e criação, enquanto o recurso humano é considerado um dos fatores de produção, como capacidade para o trabalho, descontextualizada das condições sociais. A denominação recurso humano, geralmente é colocada na discussão das políticas de saúde. Desse modo, neste trabalho opta-se pela força de trabalho quando se refere aos trabalhadores dos serviços de saúde da atenção básica (Nogueira, 1999).

Os trabalhadores condicionam o modo como são produzidos os serviços de saúde por isso, devem ser entendidos como sujeitos sociais (Campos 1994). Por outro lado, também devem ser denominados agentes do trabalho colocando-os como integrantes dos processos sociais e de trabalho *“em sua condição de sujeito-histórico e social que, no trabalho por meio da sua ação faz a finalidade social de sua intervenção realizar-se”* (Peduzzi, Palma, 1996, p. 234).

Em decorrência da reforma sanitária no Brasil e da VIII Conferência Nacional de Saúde, consolidou-se um regime democrático com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituído na Constituição Federal de 1988, o SUS pode ser reconhecido como um processo de construção social da saúde como direito sob os princípios da descentralização e participação social (Nogueira, 1999).

O processo de descentralização da saúde pautado nos princípios da reforma sanitária foi proposto para reorganizar os serviços de saúde com a transferência de sua gestão para o nível local dos municípios. Cujas regulamentação se deu com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e 8142/90 definindo-se as responsabilidades dos níveis federal, estadual e municipal.

Desde a criação do SUS é visível a centralidade da questão dos recursos humanos para implementá-lo. Martins e Dal Poz (1998) ressaltam que a educação é um componente chave para o desenvolvimento de trabalhadores da saúde e sinalizam a importância de se discutir a relação entre trabalho e educação no campo da gestão do trabalho em saúde.

No artigo 200 inciso III da constituição brasileira de 1988, consta que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Esta discussão foi colocada em pauta desde 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de modo que houve uma inflexão na política de RH conferindo-lhe visibilidade no cenário das políticas de saúde com a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, 1988).

A capacitação e a educação permanente estão inseridas na agenda para gestão do trabalho que se institucionalizou por meio da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) em 2003 (Pierantoni, Varella, França, 2004).

Formulada como uma política pública apresentada pelo MS para a educação de trabalhadores nos serviços, a educação permanente em saúde (EPS) foi instituída pela Portaria GM/MS n.198 de 13 de fevereiro de 2004. Implica no trabalho intersetorial que articula atenção à saúde, formação, gestão e controle social para a transformação das práticas de saúde e da organização no trabalho a partir da problematização do processo de trabalho e das necessidades de saúde dos usuários/população (Brasil, 2004a).

A atenção básica (AB) está comprometida com as necessidades de saúde da população/usuários e se organiza na direção do estabelecimento da integralidade. De acordo com Pinheiro (2006), a AB é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no encontro com os diferentes sujeitos implicados na produção dos cuidados à saúde.

Na AB o atendimento deve ser organizado segundo os princípios do SUS: universalidade a partir de uma racionalidade técnica e política (que considere as diferenças sociais e realize um planejamento diferenciado que contemple as necessidades locais), hierarquizado segundo a complexidade da atenção, e regionalizado conforme a distribuição populacional e o quadro de morbi-mortalidade das comunidades. Sendo assim, a gerência deve estar voltada para a construção de um modelo assistencial voltado à consolidação do SUS (Mishima et al, 1997).

O modelo assistencial pautado na integralidade visa à apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários/população, contextualizadas na realidade social, econômica e cultural com articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Mattos, 2001, 2004).

Neste contexto estudam-se as atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica à luz do referencial teórico do processo de trabalho em saúde, EPS, educação continuada (EC), integralidade e trabalho em equipe.

Esta investigação está vinculada ao projeto de pesquisa principal - Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde: características, levantamento de necessidades e resultados esperados. Integra-se à linha de pesquisa Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e ao Grupo de Pesquisa do Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Gestão de Recursos Humanos da Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem liderado pela Profa. Dra Marina Peduzzi orientadora do presente estudo (Peduzzi et al, 2007a). Ambos projetos, pesquisa principal e subprojeto abordam as atividades educativas para os trabalhadores da saúde, tema da gestão de recursos humanos em saúde, ou gestão do trabalho, particularmente no trabalho da EPS, entendida como instrumento relevante da gestão e gerência em saúde para mudança das práticas de saúde na direção da integralidade e fortalecimento do SUS.

Durante a primeira fase da pesquisa principal foram coletados dados sobre os trabalhadores da saúde e as atividades educativas de trabalhadores em 18 serviços da região (dez unidades básicas de saúde (UBS), quatro serviços especializados, três hospitais e um pronto socorro).

A segunda fase constituiu-se em um estudo em quatro serviços de saúde selecionados a partir da primeira etapa de pesquisa de campo, com base no critério de seleção que busca identificar serviços com processos educativos de trabalhadores da saúde mais estruturados na região de estudo.

Como parte da segunda etapa mencionada, esta pesquisa busca analisar as concepções de educação no trabalho, público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados das atividades educativas dos trabalhadores da saúde na atenção básica.

O recorte desta temática foi realizado para investigar quais são as concepções de educação em serviço que fundamentam as práticas de saúde; qual é o público participante das atividades educativas e se envolve as dimensões do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; como é realizado o levantamento de necessidades das atividades educativas e quais são os resultados esperados das atividades educativas para os trabalhadores, devido seu potencial em revelar o impacto da educação no trabalho.

Os resultados da pesquisa principal e dos subprojetos que corroboram com este estudo apontam que nos serviços de AB predominam tanto a origem da demanda quanto o local de realização das atividades educativas externas ao serviço, aspecto que se distancia da proposta de EPS (Peduzzi et al, 2007a).

A presença das categorias que 'emergiram do campo' e a demanda de atividades com origem interna e realização também no próprio serviço, evidenciam a realização de atividades educativas de trabalhadores ancoradas no cotidiano do trabalho, próximas às necessidades dos usuários, o que corrobora com a concepção de EPS e com seu potencial de transformação das práticas de saúde. Por outro lado, observa-se a presença da concepção de EC no público participante a que se destinam as atividades

educativas, ainda centradas nas áreas profissionais especializadas, em separado, com reduzida presença de atividades orientadas para equipes de trabalho e para o conjunto de trabalhadores do serviço (Peduzzi, 2007a et al; Montanha, 2008).

Na região estudada convivem a concepção tradicional de EC e a de EPS que constitui a política pública de recursos humanos vigente no Brasil (Peduzzi et al, 2007a). Dada a relevância da EC no cenário de estudo, a mesma será situada e discutida no capítulo 2 como meio necessário para a atualização técnico-científica dos trabalhadores da saúde.

Deste modo, os resultados da pesquisa principal à qual este projeto está vinculado: mostram indicativos da concepção de EPS, como

potência de construir uma nova maneira de pensar e agir no trabalho reconfigurado como fonte de aprendizado (Peduzzi et al, 2007a).

Peduzzi et al (2007a), destaca que as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas nos serviços de saúde, bem como as atividades assistenciais, educativas e educativas-terapêuticas com usuários são apreendidas pelos trabalhadores como atividades de cunho educativo e experiências de aprendizado. Assim, o trabalho é compreendido como princípio educativo de transformação das práticas de saúde e dos sujeitos envolvidos, trabalhadores e usuários. Resultado que mostra o potencial de transformação da concepção de EPS, na qual a educação está ancorada no processo de trabalho.

Esta mudança das práticas está vinculada à perspectiva da integralidade, promoção da articulação entre a assistência e práticas de saúde coletivas, desenvolvimento da reflexão crítica, fortalecimento do trabalho em equipe, valorização dos usuários, interação dos distintos saberes e co-responsabilização dos atores envolvidos no cuidado à saúde (gerentes, trabalhadores e usuários).

Entende-se que este processo é fundamental para o desenvolvimento da integralidade no SUS, pois a interação entre trabalhadores, gestores e usuários favorecida pela EPS, pode contribuir para promoção da saúde, fortalecimento do controle social, autonomia e emancipação dos indivíduos

para o exercício da cidadania. Ceccim e Feuwerker (2004a), apontam que a educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção do modelo da integralidade na saúde, pois envolve o conhecimento sobre a realidade do serviço baseada nas necessidades sociais e no trabalho em equipe multiprofissional com articulação da gestão, atenção, ensino e controle social para enfrentar os problemas concretos de cada equipe de saúde.

Quanto à organização da dissertação, no capítulo 2 abordam-se os objetivos do estudo. No capítulo 3 apresenta-se o referencial teórico que compõe estudos sobre o processo de trabalho em saúde, a educação de trabalhadores da saúde, a EPS, a EC suas origens e desdobramentos no tocante às práticas de saúde, o modelo assistencial, a integralidade, o trabalho em equipe e a atenção básica.

O capítulo 4 mostra o percurso metodológico que ancorado no quadro teórico constitui um desenho de pesquisa composto pelos locais de estudo, participantes da pesquisa, técnicas de coleta de dados e análise do material empírico.

No capítulo 5 estão os resultados e discussão do estudo, com base na análise do material empírico, à luz do referencial teórico, subdivididos em cinco seções: concepções de educação de trabalhadores e gerentes, público participante, levantamento de necessidades, resultados esperados e entraves para a operacionalização da EPS.

Considera-se que a natureza do objeto de conhecimento é marcada pela historicidade que “impõe ao investigador uma aproximação não neutra de seu objeto, mas necessariamente polarizada em relação às possibilidades históricas de reatualização daquela totalidade” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 32). Assim, dado o caráter processual da pesquisa, neste estudo os objetivos inicialmente propostos se ampliaram ao apontar os entraves para operacionalização da EPS sinalizados pelos participantes do estudo.

Finalmente o capítulo 6 traz uma síntese dos resultados da pesquisa com destaque para as contribuições mais significativas no tocante aos objetivos e objeto de estudo.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar as atividades educativas de trabalhadores da saúde em unidades básicas de saúde na região de uma Coordenadoria de Saúde do município de São Paulo.

2.1 Objetivos específicos

- Analisar as concepções de educação no trabalho que fundamentam as atividades educativas de trabalhadores da saúde no cenário de estudo.
- Analisar o processo de levantamento de necessidades para a implantação das atividades educativas dos trabalhadores da saúde.
- Analisar o público participante das atividades educativas de trabalhadores da saúde.
- Analisar os resultados esperados a partir da realização de atividades educativas de trabalhadores da saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Processo de trabalho em saúde

A análise do processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microssocial – do exercício cotidiano do trabalho, dos sujeitos e da intersubjetividade, ou seja, à prática dos trabalhadores da saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Esta, por sua vez, remete à inserção do processo de trabalho na dinâmica macrossocial do trabalho humano, que se refere a aspectos das estruturas sociais e históricas que o constituem e a ele se articulam (Pires, Gelbcke, Matos, 2004; Peduzzi, Schraiber, 2006).

Na esfera macrossocial ocorreram muitas mudanças no mundo do trabalho, a partir da década de 1970, com desdobramentos na organização do trabalho nas décadas subseqüentes, até a atualidade. A revolução das tecnologias de informação e da microeletrônica, o intenso processo de desregulamentação do trabalho que acarretou a flexibilização e a precarização do trabalho, os novos modelos de gestão decorrentes da crise do taylorismo e fordismo (Peduzzi, 2002).

O trabalhador reconhecido como força de trabalho massificada pela indistinção de suas características pessoais e subjetivas tornou-se uma força de trabalho social e autônoma (Lazzarato, Negri, 2001).

Como prescreve o novo *management* hoje, “é a alma do operário que deve ser organizada e comandada”. Qualidade e quantidade do trabalho são reorganizadas em torno da imaterialidade [...] Pode-se então avançar na seguinte tese: o ciclo do trabalho imaterial é pré-constituído por uma força de trabalho social e autônoma (Lazaratto, Negri, 2001 p. 25).

A reengenharia produtiva ou reestruturação do trabalho propiciou a valorização da dimensão subjetiva do trabalhador em detrimento à mais-valia, ou seja, o excedente da produção convertido em lucro foi substituído pelo desenvolvimento do trabalhador para a produção de riqueza. Assim o

trabalhador é reconhecido como “o saber social geral” cuja atividade intelectual empregada na produção é o novo lócus de exploração no trabalho (Lazzarato, Negri, 2001, p. 30).

“O trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade”, pois o modo de realização do processo de trabalho é configurado pela cooperação intersubjetiva dos trabalhadores (Lazzarato, Negri, 2001, p. 30).

Neste contexto, no plano microssocial que envolve o cotidiano do trabalho, os sujeitos e a intersubjetividade, a discussão sobre o processo de trabalho não pode ser reduzida à ação instrumental. A intersubjetividade é uma dimensão presente no trabalho que pode introduzir os sujeitos na ação comunicativa e política.

Entende-se que o trabalho em saúde possui uma dupla face: ação produtiva e interação social. Enquanto ação produtiva, o trabalho é ação instrumental, regida pela racionalidade técnico-científica com finalidade determinada, ação dirigida a um fim. E como interação social o trabalho refere-se à ação comunicativa, intersubjetiva, na qual os sujeitos envolvidos – trabalhadores, gerentes, gestores e usuários, buscam alcançar algum grau de entendimento e coordenação das ações (Schraiber et al., 1999). Assim, para o estudo do trabalho em serviços saúde consideram-se tanto os elementos constitutivos do processo de trabalho quanto a dinâmica intersubjetiva na qual é possível a comunicação/interação pautada na argumentação.

Localizado no setor terciário do modo de produção capitalista o trabalho em saúde faz parte da produção de serviços. Estes se definem por sua utilidade imediata aos usuários como meios de recuperar, preservar ou melhorar algum bem que se possui ou para uso pessoal de acordo com os valores e comportamentos socialmente conhecidos (Nogueira, 1994). O serviço expressa a necessidade de cumprir uma finalidade, tal como ocorre em todo processo de trabalho, e seu resultado constitui bens imateriais que podem ser comercializados.

“O serviço é trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; por esta razão elementar não se produz um serviço, e sim se

presta um serviço” (Meirelles, 2006, p.134). Caracterizado pela interpretação das necessidades dos usuários, o trabalho em serviços refere-se a um processo interativo entre prestador e usuários ao invés de desenvolver um produto material.

O produto do processo de trabalho em serviços é intangível e inestocável, pois, a produção e consumo são simultâneos no tempo e espaço (Meirelles, 2006). Afinal, “a utilidade dos serviços se manifesta no processo de utilização do trabalho que torna impossível a sua utilização como mercadoria” (Meirelles, 2006, p.122).

O processo de trabalho em saúde compreende o trabalho produtor de cuidados, ações assistenciais e a prestação de serviços para atender as expectativas das sociedades de mercado, assim como, da assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde da reforma sanitária brasileira (Schraiber et al, 1999).

O processo de trabalho envolve as dimensões técnicas e sociais que estão presentes nas práticas de saúde e são estruturadas de forma complexa devido às peculiaridades do setor (Nogueira, 2002).

A ação do trabalhador no campo da saúde está sempre voltada para um objeto que representa a intencionalidade do processo de trabalho em saúde, as necessidades humanas de saúde (Peduzzi, Schraiber, 2006).

O objeto de trabalho é aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. No setor da saúde corresponde às necessidades humanas de saúde sentidas e trazidas aos serviços pelos usuários. Estas necessidades tornam-se objeto, a partir de um ‘olhar’ voltado à determinada finalidade que representa a intencionalidade do processo de trabalho (Peduzzi, Schraiber, 2006).

A satisfação das necessidades de saúde constitui a finalidade do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994) e para atingi-las deve ser incorporado um “saber tecnológico” que viabiliza a transformação do objeto de intervenção através de sua apreensão e interpretação técnica pelos trabalhadores (Merhy, 2002).

O saber possibilita o recorte e apreensão do objeto de intervenção e fundamenta as ações dos profissionais. Por isso, considera-se que o saber

constitui um importante instrumento de trabalho que configura uma tecnologia, de tal forma, que o trabalhador estabelece mediações entre o objeto, instrumento e atividade de trabalho por conhecer o projeto de trabalho e como são realizadas as ações (Peduzzi, 2002; Mendes-Gonçalves, 1994).

O recorte do objeto ocorre mediante a concepção de saúde-doença, saber estruturado ou tecnologia, que interfere no plano das políticas de saúde e determina o modelo de atenção à saúde a ser empregado. O modelo biomédico, centrado na concepção clínica fisiopatológica é hegemônico nos serviços de saúde, contudo também pode ser empregado o modelo de atenção integral à saúde, concepção ampliada que vislumbra as necessidades de saúde na perspectiva da integralidade com articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Os objetos e necessidades de saúde são social e historicamente construídos, pois resultam da ação cotidiana que inter-relaciona os homens dentro de um determinado processo social e histórico (Mendes-Gonçalves, 1992) de tal forma que a mudança do objeto e das necessidades conduz a novas possibilidades de intervenção do trabalhador.

A complexidade dos serviços de saúde reside na imprevisibilidade e incerteza presente em um processo de trabalho reflexivo, pois as necessidades trazidas ou sentidas pelos usuários dos serviços são interpretadas por trabalhadores para aplicação do conjunto de regras técnico-científicas à especificidade do caso (Offe, 1995; Peduzzi, 1998, 2002) de modo que os trabalhadores executam ações para prevenir, promover ou restaurar a saúde dos usuários.

O arcabouço técnico-científico fundamenta a ação instrumental de caráter teleológico. Sua execução envolve a escolha racional e estratégica dos meios que serão utilizados a partir do critério de controle da eficiência e das alternativas de comportamento. Na busca do êxito técnico como resultado, as regras apreendidas da ação instrumental no trabalho configuram o desenvolvimento de habilidades que capacitam os sujeitos para resolver problemas no cotidiano do trabalho (Habermas, 1994).

Nesse sentido, há uma relação recíproca entre trabalho e interação, pois o trabalho em serviços de saúde contempla dois aspectos: respeitar/reconhecer as peculiaridades das necessidades dos usuários e garantir a adequação das intervenções ao padrão normativo técnico científico (Offe, 1995).

O trabalhador de saúde atua como mediador que conhece o projeto do trabalho e suas ações internas, de tal forma que estabelece relações entre os conhecimentos técnico-científicos para a realização da prática e utiliza saber operante (saber tecnológico). Assim o saber operante é utilizado para mediar a conexão entre o objeto de trabalhos, meios e atividade (Peduzzi, 1998, 2002; Schraiber, 1997). “O saber operante, portanto, significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas” (Peduzzi, 2002).

O trabalhador colocado como um executor de tarefas predeterminadas resolve questões da prática concreta e produz conhecimento de modo que o saber operante ou o saber tecnológico tem sua origem na prática. Assim, “o saber é a síntese das relações sociais que os homens estabelecem na sua prática produtiva, o trabalho em determinado momento histórico” (Kuenzer, 2002 p. 183).

A tecnologia é concebida como um saber que envolve um conjunto de instrumentos materiais e não-materiais que estabelece nexos técnicos entre as atividades, o objeto e os instrumentos do processo de trabalho. A tecnologia expressa uma rede de relações sociais intersubjetivas, assim pode ser entendida como meios técnicos e sociais do processo de trabalho que incluem o saber e seus procedimentos (Mendes-Gonçalves, 1994; Peduzzi, 1998; Schraiber, Mota, Novaes; 2006).

A tecnologia de acordo com Mendes-Gonçalves (1994) refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade, saber operante e os objetos de trabalho através dos instrumentos utilizados para a sua concretização.

Merhy (2002) elaborou uma tipologia das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve se refere às relações de produção de vínculos, acolhimento ou interações subjetivas

que envolvem valores e emoções. A tecnologia leve-dura envolve saberes estruturados específicos voltados para a organização das ações de saúde como elaboração de protocolos de atenção, normas, rotinas de trabalho, clínica médica e epidemiologia. A tecnologia dura é constituída pelos equipamentos, materiais de consumo e materiais permanentes.

A tecnologia leve envolve as relações intersubjetivas presentes no processo de trabalho em saúde, cuja presença possibilita o estabelecimento do diálogo e de algum grau de entendimento dos trabalhadores entre si e dos trabalhadores com os usuários. Nesse sentido, remete ao agir comunicativo discutido por Habermas (1994) situado na perspectiva dialógica da interação. Portanto, permite o reconhecimento mútuo dos sujeitos e a construção de projetos adequados às necessidades dos usuários/população e trabalhadores dos serviços de saúde.

A diferença dos saberes profissionais entre as categorias de trabalhadores da saúde propicia a hierarquização do trabalho entre saberes complexos, associados ao trabalho de concepção e saberes práticos de execução das ações de saúde (Lopes, 2001)

As diversas áreas e categorias profissionais resultam da divisão do trabalho na saúde. Essa divisão reflete a dinâmica social de seus processos de trabalho, pois, as ações e saberes de cada área profissional são originados a partir de necessidades histórias que demandam sua atuação (Peduzzi, Ciampone, 2000).

A divisão do processo de trabalho teve sua origem na fase de produção de manufatura artesanal do modo de produção capitalista, entre meados do século XVI e final do século XVIII. Nesse sistema o produto era resultado da ação complementar e interdependente de vários trabalhadores (Almeida, Rocha, 1987; Kuenzer 2002).

Kuenzer (2002 p.39) exemplifica duas origens da manufatura:

[...] quando é reunido na mesma oficina trabalhadores com funções diversas independentes, cada um contribuindo com uma parte específica para o produto final; os diferentes ofícios que eram independentes perdem sua independência e vão se tornando tão especializados que passam a constituir operações parciais do processo de produção de uma mesma mercadoria. Ou então, quando o capitalista reúne ao mesmo tempo na mesma oficina

trabalhadores que fazem a mesma espécie de trabalho, produzindo com alguns auxiliares a mercadoria por inteiro.

A divisão técnica do trabalho ocorre com a apropriação capitalista da força de trabalho, dos objetos de trabalho e instrumentos sendo que cada trabalhador desenvolve uma tarefa específica e o produto resulta em um trabalho coletivo. Dessa maneira, ocorre uma “divisão entre o trabalho manual (executor, que transforma o objeto) e intelectual (a concepção que o trabalhador tem sobre o trabalho), separa-se concepção e execução” (Pires, 2006b p. 90). Para obter maior produtividade a gerência controla as etapas do trabalho constituído pelo conjunto de tarefas dos trabalhadores (Pires, Gelbecke, Matos, 2004).

No final do século XVIII a divisão do trabalho chegou ao campo da saúde. Neste período, os hospitais deixaram de ser espaços de segregação social dos enfermos que aguardavam a morte e foram reorganizados para desenvolver assistência à saúde e ensino anatomo-clínico dos médicos. Dessa maneira, a formação médica passou a incluir a prática hospitalar, e o hospital tornou-se o local dessa prática, juntamente com outros grupos profissionais (boticários, cirurgiões, físicos, cuidadores, leigos e religiosos) (Foucault, 1981).

A dicotomia entre o trabalho intelectual e o manual que separa os momentos de projeto e execução das ações decorrente da divisão do trabalho no setor da saúde e estabelece hierarquias que se traduzem na desigual valoração social dos trabalhos. Dessa maneira, a categoria médica se estabeleceu com as atividades mais intelectuais de diagnóstico e prescrição (Mendes-Gonçalves, 1992). O médico como elemento central da atividade assistencial delega atividades aos outros profissionais de saúde que mesmo subordinados às decisões médicas mantém certo espaço de tomada de decisão e domínio do conhecimento (Pires, Gelbecke, Matos, 2004).

Nos serviços de saúde existe uma divisão horizontal e outra vertical do trabalho. A horizontal é caracterizada pela divisão interna do trabalho médico em especialidades e a vertical pelos desdobramentos da atuação médica nas atividades de outros trabalhadores (Mendes-Gonçalves, 1992).

A divisão horizontal pode estar presente entre os diferentes profissionais médicos especializados em partes de processos diagnósticos e terapêuticos com atuação das áreas complementares da fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social, psicologia entre outras (Mendes-Gonçalves, 1992). Enquanto a divisão vertical do trabalho em saúde determina as relações estabelecidas entre as diferentes categorias profissionais dentro de uma unidade assistencial. Cada trabalhador executa tarefas específicas, sendo que os mais qualificados realizam funções mais complexas e intelectuais, enquanto os demais realizam tarefas rotineiras e executam ordens caracterizando os processos de hierarquia técnica e gerencial (Nogueira, 1994).

A fragmentação do trabalho em saúde, a repetição de ações e a fixação do profissional em uma etapa da atividade terapêutica resulta na alienação do trabalhador. De tal forma que este executará sua atividade de maneira mecânica e isenta de criatividade deixando de se responsabilizar pelo resultado de seu trabalho (Malta, Merhy, 2003).

Nota-se que a divisão do trabalho presente na organização do trabalho na área da saúde reproduz a fragmentação e hierarquização das práticas presente no modelo taylorista/fordista. O taylorismo predominante no século XX foi incorporado para organizar e controlar a produção industrial em série. Explora a verticalização e a especialização dos trabalhadores para aumentar a produtividade e extrair a mais-valia, tornando o resultado do trabalho alienado (Antunes, 1999, 2003). A sistematização taylorista do trabalho preconiza a realização da tarefa e distancia do trabalhador da atividade de controle do processo de trabalho e da interação com o usuário (Pires, 2006b; Pires, Gelbecke, Matos, 2004).

A reestruturação produtiva do capitalismo a partir dos anos 1970 introduziu o modelo de toyotista, para reduzir custos, aumentar a produtividade e o lucro. Fundamenta-se no trabalho em equipe, no trabalhador polivalente, multifuncional, com flexibilidade para conduzir ao melhor aproveitamento da produção e organização de círculos de qualidade (Antunes, 1999). No toyotismo o trabalhador deve se adaptar com rapidez e eficiência a novas situações e obter soluções para novos problemas

imprevistos e educar-se permanentemente para acompanhar as mudanças (Kuenzer, 2005).

A atuação do trabalhador no modelo toyotista aponta para a configuração do trabalho imaterial. A comunicação e a relação social tornam-se espaço de produção mediante a participação ativa dos consumidores/usuários na determinação dos serviços prestados. Consequentemente ocorre a superação da organização taylorista dos serviços e instala-se uma maior dificuldade em se definir normas de produção, pois a divisão do trabalho perde o caráter unilateral de concepção e execução com a interferência dos trabalhadores e usuários (Lazzarato, Negri, 2001). Os autores referidos apresentam uma análise das mudanças que ocorrem no processo de produção, a partir dos anos 1970, assinaladas anteriormente, que constitui o que denominam trabalho imaterial, e destacam que suas características aparecem de forma ainda mais clara na produção em serviços, o que torna a sua interpretação especialmente interessante para a investigação do trabalho em saúde.

Segundo Lazzarato, Negri (2001) é o trabalho imaterial que ativa e organiza a relação produção/consumo e a ativação, seja da cooperação produtiva entre os trabalhadores, seja da relação social com o consumidor/usuário, é materializada dentro e através do processo comunicativo.

Assim, neste estudo consideram-se tanto a dinâmica dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde – objeto, instrumentos, finalidade e agentes/trabalhadores, como a comunicação/interação intersubjetiva entre os sujeitos partícipes do processo – trabalhadores e usuários e entre os trabalhadores.

3.2 Concepções de educação no trabalho em saúde

Ao abordar a educação dos trabalhadores da saúde é importante considerar as diferentes concepções teóricas e metodológicas que compõe o

cenário da educação. Os modos de aproximação das ações educativas podem ser considerados como mediações historicamente possíveis que permitem compreendê-las.

Mizukami (1986) descreve a história da educação brasileira a partir de cinco abordagens: tradicional, comportamentalista, humanista, cognitivista e sócio-cultural. Pereira (2003) realizou um estudo semelhante ao de Mizukami sobre as tendências pedagógicas dominantes nos processos de ensino-aprendizagem e descreve os principais aspectos da pedagogia tradicional, renovada, por condicionamento e libertadora. Assim, conclui que a pedagogia libertadora pode produzir melhores resultados quando comparada às demais correntes pedagógicas, por possibilitar a participação ativa dos sujeitos na aprendizagem propiciando o desenvolvimento de habilidades tanto nos trabalhadores da saúde quanto nos usuários.

Entre os referenciais citados varia o conceito de homem que pode ser desvinculado do engajamento em um contexto ou constituído em um momento histórico, isto é, social, político e econômico. A educação assim concebida, pode ter enfoque no sujeito, no objeto e na interação sujeito-objeto com diferentes interpretações do mundo, da sociedade, da cultura e do conhecimento (Mizukami, 1986).

Na abordagem tradicional o professor é elemento indispensável na transmissão de conteúdo e o aluno precisa ser atualizado. O ensino é centrado no professor, mediador, autoridade intelectual e moral para o aluno colocado na posição de receptor passivo de informações e conteúdos que compreende o mundo através de modelos científicos e tecnológicos. O objetivo educacional é obter maior domínio sobre a natureza com ampliação e aprofundamento do saber em um contexto social com indivíduos hierarquizados conforme sua formação cultural. Trata-se de uma visão individualista do processo educativo que corrobora com a tipologia de ensino da concepção bancária de Paulo Freire, na qual se evidencia o caráter cumulativo de conhecimento adquirido por meio da transmissão. A educação é verticalizada, caracterizada pela concepção de educação como um produto que se constitui a partir da transmissão de idéias selecionadas e

organizadas logicamente. As tarefas destinadas aos alunos exigem a participação individual e as possibilidades de cooperação entre os pares são reduzidas. Os alunos são ouvintes “instruídos” e ensinados pelo professor de modo intelectual e afetivamente dependente. A metodologia tradicional se baseia na aula expositiva e nas demonstrações do professor que traz os conteúdos prontos, cuja reprodução automática pelos alunos indica que houve aprendizagem (Mizukami, 1986; Pereira, 2003).

A abordagem comportamentalista ou pedagogia por condicionamento privilegia a dimensão técnica, os aspectos objetivos, mensuráveis e empíricos, ou seja, o conhecimento é resultado da experiência e a educação está ligada à transmissão. Baseia-se na premissa de que o homem é produto do meio que de acordo com Skinner pode ser manipulado, modelado, controlado e modificado do mesmo modo que o ensino. Nesse processo, o indivíduo é um ser passivo e responde ao que é esperado com o domínio de novas habilidades e competências. Assim, a aprendizagem ocorre a partir da fixação de respostas padronizadas (Mizukami, 1986; Pereira, 2003).

Na abordagem humanista o foco do processo ensino-aprendizagem está na relação interpessoal e na dimensão humana. O professor é facilitador da aprendizagem e o conteúdo é originado nas experiências reconstruídas pelos alunos. O conteúdo externo é secundário e destaca-se a interação entre as pessoas envolvidas com o ensino não-diretivo. O homem é concebido como um ser inacabado, em transformação que atua como agente transformador da realidade (Mizukami, 1986).

Na perspectiva cognitivista a ênfase é dada à investigação científica e aos processos cognitivos com a integração das informações pelos alunos. Trata-se de uma perspectiva interacionista na qual o conhecimento é produto da interação entre sujeito e o objeto. O desenvolvimento humano é abordado por Jean Piaget como um processo progressivo de adaptação e superação constante entre o homem e o meio. O conhecimento é uma construção contínua adquirido mediante relações de cooperação dos alunos entre si e docente para intervir no processo sócio-cultural, pois o trabalho com os outros é considerado elemento decisivo para o desenvolvimento

intelectual. A aprendizagem ocorre quando o aluno elabora o conhecimento e incorpora modificações por meio de desafios propostos pelo professor que o ensina a buscar soluções que não são oferecidas (Mizukami, 1986).

A pedagogia renovada inclui as abordagens humanista e cognitivista referidas anteriormente, assim como outras correntes relacionadas à educação não-diretiva cujos principais expoentes são Carl Rogers, John Dewey e Jean Piaget. Nessas correntes, o ensino favorece o auto-desenvolvimento e valorização do aluno. Assim, atualmente esta pedagogia destaca-se no campo da orientação educacional e da psicologia escolar (Pereira, 2003).

Na abordagem sócio-cultural ou pedagogia crítica, há preocupação com a democratização da cultura. Adota-se o enfoque interacionista que considera o homem como sujeito elaborador do conhecimento, inserido em um contexto histórico. A expressão mais difundida nesse sentido, é a de Paulo Freire, que considera o homem sujeito da educação, através da reflexão sobre sua realidade e compromisso com o objetivo de transformá-la. O conhecimento é elaborado mediante a relação teórico-prática para superar a dicotomia sujeito-objeto. Ao contrário da concepção tradicional, bancária, a educação é problematizadora e tem o diálogo como essência para estabelecer uma relação horizontal professor-aluno que não se restrinja as situações formais de ensino-aprendizagem. Assim, a educação é um ato político que não descarta o aspecto técnico (Mizukami, 1986; Pereira, 2003).

A partir deste contexto educacional cabe relacionar a constituição de atividades educativas para trabalhadores da saúde com o referencial do processo de trabalho em saúde já apresentado.

O modelo de organização do trabalho médico-centrado é hegemônico nos serviços de saúde. Caracteriza-se por práticas de saúde verticalizadas, individualizadas e fragmentadas entre diferentes profissionais cujo objeto de trabalho é a doença e sua finalidade a remissão de sintomas de indivíduos doentes (Mendes-Gonçalves, 1992).

Na lógica biomédica hegemônica os instrumentos de trabalho utilizados são principalmente o arsenal terapêutico farmacológico, equipamentos e materiais que constituem tecnologias duras por meio dos

saberes estruturados, da clínica e da epidemiologia que se referem às tecnologias leve-duras. Assim, distancia-se das tecnologias leves que envolvem as relações intersubjetivas de produção de vínculos, autonomização, acolhimento e gestão dos processos de trabalho (Merhy, 2006).

Como as práticas de saúde no modelo médico-centrado são individualizadas e fragmentadas com o foco na remissão de sintomas espera-se que os trabalhadores da saúde tenham o domínio dos saberes técnico-científicos que muitas vezes não abrange esferas interdisciplinares e comunicativas/interativas. As ações educativas tradicionais, realizadas para categorias profissionais específicas contemplam esta esfera do saber técnico-científico, pois possibilitam a atualização do conhecimento necessário para realizar intervenções de saúde de modo individualizado e pontual com foco na remissão dos sintomas apresentados pelos usuários.

“Há uma série de questões ideológicas e de construção de valores presentes – e ainda hegemônicas – na formação dos profissionais de saúde, a serem enfrentados” (Feuerwerker, 2005, p.16). A autora refere-se aos aspectos relacionados à saúde como um objeto do consumo mediante procedimentos, consultas e exames que deslocam o sentido da saúde como direito do cidadão preconizado pelo SUS, para a saúde como direito do consumidor. Outro exemplo, está no ideal de realização profissional, cuja prática estaria relacionada à operação de equipamentos de última geração com alta tecnologia incorporada.

Nesse sentido, muitas vezes os gestores do SUS orientam-se pela concepção tradicional de educação para convencer os trabalhadores dos princípios de mercado com enfoque na produtividade, consumo, competitividade e saberes técnico-científicos específicos como aspectos norteadores do trabalho.

No tocante ao modelo gerencial, no campo da saúde prevalece o gerenciamento taylorista, centralizado nas tarefas e busca da racionalização do trabalho que reflete a divisão técnica e social do trabalho. Trata-se de uma abordagem prescritiva e normativa que considera como papel principal da administração o comando sobre o conjunto de trabalhadores numa

relação de subordinação (Mishima et al 1997).

As atividades educativas dos trabalhadores da saúde constituem um dos instrumentos do trabalho gerencial, ou seja, um elemento colocado entre os gerentes e o objeto do trabalho do gerente, que é a organização do processo de trabalho e dos agentes de trabalho, para alcançar dada finalidade.

Quando a finalidade do processo de trabalho está direcionada às doenças apresentadas pelos usuários sem contemplar seu contexto histórico social, o foco do trabalho gerencial pode estar voltado para a formação de agentes de trabalho centrados na execução de procedimentos técnicos e na operação do arsenal de equipamentos disponíveis nos serviços de saúde. Desse modo, o instrumento do processo de trabalho gerencial que se refere às atividades educativas pode ser operacionalizado por meio da concepção tradicional de educação.

Sendo assim, na perspectiva do modelo médico-centrado e da prática gerencial taylorista predominantes nos serviços de saúde, a concepção educativa usualmente adotada é a tradicional, por corresponder às necessidades desses modelos à medida que está centrada na atualização do conhecimento técnico-científico de categorias profissionais específicas.

Todavia, há espaços de ampliação da educação no trabalho para além da esfera da concepção tradicional de educação, pois as atividades educativas também sinalizem aspectos que se aproximam das concepções comportamentalista, humanista e cognitivista ou da pedagogia renovada. Neste estudo optou-se por contextualizá-las em duas direções: a perspectiva dialógica intersubjetiva pautada na educação emancipatória e a concepção tradicional de educação que enfoca a transmissão de conteúdos para a atualização dos trabalhadores da saúde.

O estudo das atividades educativas dos trabalhadores da saúde foi realizado com base na perspectiva sócio-histórica do trabalho. Por isso, é importante considerar que a educação no modo de produção capitalista é um dos processos de reprodução dessa estrutura, ao implicar na reprodução e transmissão do saber e valores para a reprodução da ideologia dominante. Esta é reorganizada para qualificar o trabalhador através de um processo

educativo e capacitá-lo em conhecimentos específicos, que o valorizam socialmente (Schraiber, 1989).

De acordo com, Merhy (2006, p.120), “o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação”. Assim, entende-se que o trabalho em saúde e a educação no trabalho são permeados pela ação instrumental e pela intersubjetividade expressa na busca do entendimento entre os sujeitos, que avança para além dos saberes tecnológicos estruturados.

3.3 As atividades educativas de trabalhadores da saúde na perspectiva da educação permanente em saúde e da educação continuada

As atividades educativas ocorrem nas relações produtivas e sociais e expressam uma das formas de construção material da existência através da reprodução do conhecimento (Kuenzer, 2005). Por isso, precisam tomar como referência o trabalhador concreto, com sua prática, saber, experiências de vida e necessidades colocando-o como participante fundamental (Kuenzer, 2002).

Os trabalhadores dos serviços de saúde são inseridos em duas principais modalidades de atividades educativas, a educação continuada e a educação permanente em saúde. Geralmente, estes conceitos são utilizados sem distinção, por isso, sua contextualização torna-se necessária no presente estudo para que não sejam utilizadas como uma mera nomenclatura destituída de sentido prático.

O primeiro marco histórico da educação continuada ocorreu na Dinamarca na década de 50 para que as pessoas se ajustassem às mudanças do mundo do trabalho (Barroso, Varela, 1979). No Brasil, desde a VII CNS em 1980, o desenvolvimento de recursos humanos no tocante à educação continuada foi considerado elemento indispensável para o trabalho em saúde (Sayd, Vieira Junior, Velandia, 1998).

A EC é historicamente reconhecida como essencial para a qualidade da assistência à saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990). Na Oficina de Trabalho sobre Educação Continuada para Enfermeiros da 1ª Conferencia Nacional de Recursos Humanos em Saúde, de 1986, discutiu-se que a EC deve ser estabelecida como parte de uma política global dos trabalhadores da saúde, centrada nas necessidades de transformação da prática (Brasil, 1990).

A educação continuada é definida pela OPAS como um processo permanente de educação que complementa a formação inicial para atualização e capacitação dos indivíduos frente às mudanças técnico-científicas (OPAS, 1978a).

As mudanças no trabalho, trazidas pelas transformações tecnológicas, sociais, epidemiológicas e no ambiente de trabalho, tornam necessário o desenvolvimento de ações de educação continuada para adequar a formação dos trabalhadores com a realidade prática dos produtos e serviços (Luz, 2000; Bezerra, 2000). Castilho (2000) e Bezerra (2000) consideram que a EC possibilita o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores a fim de adequá-los às mudanças das instituições e da sociedade.

A literatura a respeito da EC mostra o enfoque deste conceito na atualização e reciclagem dos trabalhadores da saúde com centralidade na execução de procedimentos técnicos. Girade, Cruz e Stefanelli (2006), Monteiro, Chillida e Bargas (2004), Tanaka e Leite (2001), Castilho (2000), Bezerra (2000), Davim, Torres e Santos (1999) apontam para importância do trabalhador manter-se atualizado frente às mudanças técnico-científicas com a finalidade de atualizar o conhecimento.

As ações de EC são descritas como palestras, treinamentos em grupo ou individuais, aulas, cursos para atualização e demonstrações técnicas (Davim, Torres e Santos, 1999). Seus objetivos são assegurar a manutenção da competência das equipes, a melhoria da qualidade da assistência e a contribuição para a reorganização dos serviços de saúde da instituição. Todavia, não cria condições para que esse conhecimento seja reelaborado

frente às condições concretas dos próprios serviços (Luz, 2000; Pedroso, 2005; Ribeiro, Motta, 1996).

A estratégia de educação continuada nos serviços de saúde reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho. Enfoca o desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho (Ribeiro, Motta, 1996).

Fundamentada principalmente no saber técnico-científico a EC busca a atualização do conhecimento específico das categorias profissionais por meio da transferência de conhecimento que conduz à fragmentação das práticas de saúde.

Raramente a educação continuada possibilita aos profissionais a oportunidade de vivenciar ativamente a aprendizagem como construção individualizada de conhecimento, por meio da reflexão de suas próprias experiências, bem como a participação ativa em estudos, investigações e debates. Do ponto de vista pedagógico, os participantes desses programas são expostos a métodos reprodutivistas, de transmissão de conhecimentos, que conduzem à passividade e à superficialidade, assim como à falta de criatividade, de curiosidade e de compreensão dos fenômenos e experiências vivenciados (Struchiner, Roschke, Ricciardi, 2002). Desse modo, quando retornam aos serviços os trabalhadores se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade de aplicar o conhecimento adquirido.

De acordo com Cordão (2000), o desafio da educação continuada é o esforço individual do profissional em aproveitar as informações para gerar seu próprio conhecimento, relacionar o saber e aplicá-lo para orientar suas ações.

A usual indistinção dos conceitos de EPS e EC é revelada na produção de autores que se referem à educação continuada na perspectiva da educação emancipatória, ou seja, da EPS. Salum e Prado (2000, p.300) ressaltam que “o treinamento técnico que habilita indivíduos para trabalhar com a máquina, não é suficiente como objetivo de capacitação, mas sim [...] que prepare para lidar com outros, criar, refletir, se posicionar e agir”. Os autores destacam a possibilidade de a EC viabilizar uma ação

transformadora da prática e valorização do trabalhador, contudo, entende-se que este aspecto refere-se a EPS.

A ampliação dos espaços de treinamentos para constituir a capacidade crítica frente aos problemas na perspectiva de que os trabalhadores atuem com maior competência política, responsabilidade social e cooperação dentro e fora do ambiente de trabalho são aspectos que Castilho (2000); Monteiro, Chillida e Bargas (2004) acrescentam no tocante à compreensão da EC.

Outros autores consideram que a EC pode ser compreendida como um processo de capacitação e desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade que resulta na construção de conhecimentos importantes para a organização. Ela pode transformar a realidade organizacional através de uma metodologia que favoreça a reflexão crítica, a criatividade e as técnicas de ensino tradicionais (Peres, Leite, Gonçalves et al 2005).

Desse modo, entende-se que o foco da EC direciona-se às questões de categorias profissionais específicas e da instituição de saúde com possibilidades de viabilizar sua transformação. Contudo, a construção do saber com estímulo à reflexão crítica, análise, autonomia de pensar que torna os sujeitos ativos no contexto social remete à concepção emancipatória e aproxima-se da EPS e não da EC como referido por alguns autores.

Na educação emancipatória há espaços para a criatividade na busca coletiva e inquieta pelo saber com vistas à criar e reinventar a prática por meio do pensar autêntico presente em um processo educativo estimulante e problematizador que busque os nexos entre as situações vivenciadas de modo que não haja uma visão parcial da realidade. Na visão bancária o saber é uma doação transmitida, depositada e arquivada sem que haja um julgamento, diálogo, reflexão e possibilidades de recriação para conduzir os homens à passividade com a melhor adaptação ou ajustamento ao *status quo* e adoção de comportamentos prescritos (Freire, 2005).

A ação reflexiva possibilita que o trabalhador identifique a tendência à mudança ou estabilidade da realidade social por meio da percepção

daqueles que estão relacionados com ambos direcionamentos. Desse modo, como sujeito social, o trabalhador optará pela permanência ou mudança (Freire, 1981).

Freire (2005) defende a idéia de que o conhecimento e a aprendizagem pertencem aos educandos. Portanto, trata-se de um processo de mediação com os educadores permitindo a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido, ao como na “*educação bancária*” que fornece as respostas prontas. A postura crítico reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise dos problemas e não se satisfaz com suas aparências.

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com os outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isso cada vez mais desalienada (Freire, 2005, p. 80).

Com base no pensamento apresentado por Freire a respeito da educação escolar, pode-se inferir a respeito da educação emancipatória no trabalho em saúde de modo análogo. Assim, quanto mais os trabalhadores problematizarem suas práticas no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, se sentirão desafiados a compreender e buscar nexos no processo de trabalho, cuja compreensão crescente tende a se tornar reflexiva.

A educação emancipatória pautada no reconhecimento dos homens como seres históricos em construção. Ocorre de modo permanente na busca de re-fazer as práticas para promover mudanças (Freire, 2005).

Direcionada pela concepção emancipatória a EPS coloca o cotidiano de trabalho em análise e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão do sentido das práticas de saúde (Ceccim, 2005a). Contextualizada no processo de trabalho agrega o saber científico àquele que emerge do campo para potencializar o conhecimento a partir de ações técnicas realizadas por trabalhadores e políticas emancipatórias (Ramos, 2003).

Ceccim (2005a) considera que a EPS pode corresponder à EC quando se volta à construção de quadros funcionais e progressão na carreira. Além disso, no presente estudo, também se entende que tanto a EC quanto a EPS podem envolver a atualização técnico-científica centrada na relevância dos conteúdos para a orientação das ações de saúde.

A EPS visa à recomposição das práticas de atenção à saúde, formação, formulação de políticas e controle social na direção das necessidades da população/ usuários como cidadãos de direitos. Afinal, no setor da saúde ocorre uma concentração do saber em áreas técnicas de profissionais específicos que anulam as realidades locais em prol do conhecimento técnico que impõe uma linha de prescrições ao trabalho (Ceccim, 2005a). Portanto, faz-se necessário ampliar as possibilidades de respostas para além do normatizado, por meio da interação intersubjetiva, em direção às necessidades de saúde dos usuários/população.

A concepção de EPS baseia-se na aprendizagem significativa que provém de Paulo Freire, assim promove e produz sentidos, de tal forma que o trabalhador lhe atribui significados que facilitam o processo de aprendizagem no trabalho (Ceccim, 2005a). Reconhecer os conhecimentos prévios dos trabalhadores é fundamental para EPS, pois aumenta a possibilidade de atuarem ativamente por meio do diálogo (Feuerwerker, 2005).

A proposta de EPS surgiu nos anos de 1980 pela iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para o desenvolvimento dos recursos humanos inseridos em serviços de saúde. Como expressão, a 'educação permanente' foi utilizada pela primeira vez na França por Pierre Arents, em 1955, em um projeto de reforma do ensino com o objetivo de dar continuidade à instrução recebida na escola. Posteriormente, houve ampla difusão desta proposta pela Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO), pelo Conselho da Europa, pela Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE) e mais recentemente pelo Banco Mundial (Gadotti, 2005).

No Brasil, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/RH-SUS) apresentou um conceito de

EPS que se refere ao processo de aquisição de informações permanente em situações formais e informais, dentro e fora das instituições. Seu objetivo era capacitar o trabalhador de acordo com as necessidades da equipe de trabalho e da instituição. Cada esfera do governo deveria elaborar e implementar nos estados e municípios um Programa Institucional Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde (Brasil, 2005).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o compromisso de reordenar a lógica de formação dos trabalhadores de serviços de saúde (Lopes, Piovesan, Melo, Pereira, 2007). A SGTES definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004a). Essa política foi reafirmada pela Portaria nº 1.996/GM de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2007a).

A política de EPS tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS. Foi legitimada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, como política nacional de EPS, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do MS, em 2003 (Ceccim, 2005b).

Cabe ao Ministério da Saúde, a proposição e formulação da Política de Educação Permanente em Saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e à recomposição das práticas de atenção, de gestão, de ensino e de controle social no setor da saúde. Aprendizagem no trabalho: aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho” (Brasil, 2003, p.20).

Para a institucionalização da política de EPS, foram criados os pólos de EPS como um dispositivo de articulação interinstitucional em um território para reunir gestores, instituições formadoras, serviços de saúde, conselhos de saúde, movimentos sociais, movimento estudantil e entidades de trabalhadores da saúde (Brasil, 2003).

Os pólos são espaços para produzir as ações de EPS e tem como papel: a identificação das necessidades de formação e das potencialidades

dos serviços para construir bases locais, estabelecer prioridades educativas contextualizadas à realidade local e construir coletivamente possibilidades de formação para a transformação das práticas de saúde (Brasil, 2004b).

Os Pólos devem trabalhar com a educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde, com o objetivo de humanizar e qualificar a atenção. Devem ser prioridades: as equipes que atuam na atenção básica que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, trabalhando os elementos que conferem à saúde da família forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e trabalho intersetorial; à área de urgência e de emergências clínicas e traumáticas, de atenção e internação domiciliar, de atenção ao pré-natal e ao parto, de reabilitação psicossocial; a formação relativa aos principais problemas de saúde referentes ao perfil epidemiológico e demográfico da população de cada local; a formação de agentes sociais (Brasil 2003, p.19-20).

O Pacto pela Saúde portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 coloca a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente. Assim, a EPS contribui para o desenvolvimento do Pacto pela Saúde por meio da qualificação profissional dos trabalhadores da área e das práticas em saúde (Brasil, 2006).

A EPS também está presente no Pacto de Gestão que atribui aos municípios as atividades de formular, promover a gestão da EPS orientada pela integralidade e participar da formação dos pólos de EPS em nível local. Ao estado além de formular e prever é atribuído o apoio e cooperação à gestão da EPS por meio da constituição dos pólos de EPS. Cabe à União promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS com a gestão do trabalho e da educação na saúde (Brasil, 2005).

A finalidade da política de EPS é a educação dos trabalhadores da saúde, assim, por meio dos pólos buscou agregar diferentes atores para que participassem ativamente da condução local do sistema de saúde. O

funcionamento dos pólos voltou-se para a gestão e educação no SUS, por meio de ações de qualificação dos trabalhadores e serviços, assim como para a formação na modalidade de pós-graduação *lato sensu* (Ceccim, 2005b).

Colocar a EPS na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (Ceccim, 2005b, p. 978-9).

A criação de comissões de integração permanente entre os serviços de saúde e as instituições de ensino está prevista desde a Lei Orgânica da saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (Ceccim, 2005b). Assim, em substituição aos pólos de EPS foram criadas as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), mediante a Portaria GM/MS nº1996 de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, alterando a anterior. Resgatou-se os princípios da EPS como estratégia de fortalecimento do SUS, definindo sua institucionalização através da criação da CIES estadual e das CIES por região. Nesse contexto, os Colegiados de Gestão Regional são o órgão de apoio responsável por estruturar e coordenar as CIES (Brasil, 2007a).

A denominação CIES segue o disposto na lei 8080/90, estas instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação das questões de EPS, junto aos gestores estaduais e municipais que a compõem. Pautadas no diálogo e na negociação, as CIES reúnem atores que identificam necessidades de EPS e constroem as estratégias e políticas de formação para trabalhadores da saúde em uma região. O Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) serve de norteador para as atividades das CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço (Brasil, 2007a).

A proposta educativa da EPS realizada no âmbito do trabalho destina-se a refletir sobre esse processo e interferir com a finalidade de melhorar as condições de trabalho e a qualidade dos serviços. A transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica em espaços coletivos de discussão, a partir da problematização da realidade do trabalho para identificar as necessidades de capacitação (Ceccim, Feuerwerker 2004a; Brasil, 2003; Feuerwerker, 2005; Ricaldoni, Sena, 2006; Lopes, Piovesan, Melo, Pereira, 2007; Amestoy, Milbrath, Cestari, 2008).

O trabalho é assumido como princípio educativo, e não apenas como instrumento de aprendizado, não se reduzindo ao mundo da necessidade (atividade de produção material), mas envolvendo o mundo da liberdade (dimensões sociais, estéticas, culturais, artística, de lazer...)(Silva, Tavares, 2004, p. 281).

A aproximação do trabalho à educação propicia repercussões nas práticas de saúde por considerar a complexidade das situações concretas do trabalho. A reflexão sobre o processo de trabalho pautada na dinâmica histórico e social pode favorecer a constituição da mudança das práticas de saúde (Silva, Tavares, 2004).

A problematização é uma concepção pedagógica crítico-reflexiva, adequada para o desenvolvimento do trabalho, pois articula as ações do serviço com a presença e integração de seus diferentes agentes. Mediante inquietações a problematização promove a autonomia, aliada a busca de mudança na realidade investigada (Silva, Tavares, 2004).

Esta modalidade educativa propõe a integração dos processos educativos às experiências cotidianas dos serviços, a mudanças das estratégias pedagógicas ao tomar as práticas concretas como fonte de conhecimento, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas e o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho (Souza, Roschke, 2003).

Ciconet, Marques e Lima (2008) em um relato de experiência a respeito da educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Porto Alegre-RS apontam que a

EPS cria espaços de reflexão para que os trabalhadores da saúde possam repensar as práticas e entender os processos de trabalho no qual estão inseridos.

Os espaços coletivos de EPS propiciam a interação de usuários, trabalhadores, gestores e educadores para a reflexão sobre a realidade dos serviços de saúde no qual estão inseridos, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que possam conduzir à mudanças (Ceccim, Feuerwerker, 2004b; Ceccim, 2005a; Ceccim 2005b; Feuerwerker, 2005). “A EPS funciona como um dispositivo de aproximação entre o cotidiano dos trabalhadores do SUS e as necessidades de saúde da população” (Lopes, Piovesan, Melo, Pereira, 2007, p.149).

Para a atenção integral adequada às necessidades de saúde dos usuários é fundamental o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e multiprofissional em equipe. A operacionalização deste trabalho depende da articulação entre os setores, unidades e serviços integrando pessoas e ações para possibilitar a resolutividade das práticas de saúde devido a complexidade das necessidades de saúde (Peduzzi, Ciampone, 2000).

Peduzzi (2001), apresenta a noção de equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos nos resultados da pesquisa empírica de sua tese de doutorado. A primeira é expressão da fragmentação, na qual ocorre a justaposição de ações e o agrupamento dos agentes, enquanto a segunda remete à integração dos trabalhadores da equipe com a articulação das ações e a interação dos agentes.

As equipes devem ser estimuladas a considerar a subjetividade da clientela por meio de sua história de vida. A estruturação de equipes é a base da organização desses serviços de saúde, quebrando a costumeira divisão de seu processo de trabalho. Responsabilizando-as pela resolutividade dos problemas da população adscrita, descentralizando as ações de saúde com a iniciativa e autonomia dos sujeitos para estabelecer seus próprios objetivos e metas, além de garantir a integralidade das ações pela atuação conjunta de seus membros (Campos, 1992).

A educação no trabalho orientada pelas experiências dos trabalhadores aproxima-se da integralidade, assim como a problematização

das práticas pautada na ação reflexiva de atores sociais em prol da mudança (Silva, Tavares, 2004).

A integralidade como eixo norteador das capacitações em saúde, possibilita a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização para superar as práticas centradas em procedimentos com foco na doença (Ceccim, Feuerwerker 2004b; Ceccim 2005a, Feuerwerker, 2005).

Situada entre os princípios do SUS, a integralidade volta-se para a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Busca contemplar e satisfazer as necessidades dos usuários/população de modo ampliado para além do foco reduzido à doença ao tomar o contexto social, econômico e cultural dos usuários. Lógica que pode contribuir para re-organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde (Mattos, 2001, 2004) por distanciar-se do modelo assistencial biomédico hegemônico vigente realizado por meio de uma visão fragmentada e distante dos usuários/população.

O modelo dialógico de educação corresponde à proposta da integralidade ao favorecer o reconhecimento dos saberes dos usuários e trabalhadores sobre suas situações concretas de vida e processos saúde-doença-cuidado. Contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e sensibiliza-os a ação educativa (Alves, 2005).

Ceccim e Feuerwerker (2004b), apontam que a EPS é uma proposta apropriada para trabalhar a construção do modelo da integralidade na saúde, pois envolve o conhecimento sobre a realidade do serviço baseada nas necessidades sociais e no trabalho em equipe multiprofissional com articulação da gestão, atenção, ensino e controle social para enfrentar os problemas concretos de cada equipe de saúde.

A 'pedagogia da integralidade', pautada por um princípio educativo inerente à garantia da saúde como direito e como serviço, constitui uma estratégia para diminuir as fronteiras atuais entre trabalho-ensino-serviço-sociedade, tornando-as mais permeáveis aos valores democráticos emancipatórios (Silva, Tavares, 2004, p. 283).

Para produzir a mudança das práticas é fundamental dialogar com as concepções vigentes no contexto do trabalho, em espaços inclusivos de problematização da realidade de tal forma que o trabalho em saúde seja um lugar de atuação crítica, reflexiva e compromissada (Ceccim, Ferla, 2006; Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006; Lopes, Piovesan, Melo, Pereira, 2007). A dinâmica do trabalho na AB possibilita maior aproximação às necessidades de saúde da população e favorece sua apreensão devido o desenvolvimento de espaços de interação sobre os processos de trabalho em saúde.

Os eixos fundamentais desta proposta são os processos de trabalho em saúde, a determinação das necessidades de saúde a partir do processo de trabalho nos serviços, a integralidade como eixo orientador das práticas de saúde, os problemas de saúde em âmbito local e regional e o fortalecimento das equipes multiprofissionais. Aspectos que tornam necessária a construção e reconstrução do conhecimento a partir de uma revisão crítica da prática (Souza, Roschke, 2003).

Os processos de trabalho em saúde, as necessidades de saúde da população em âmbito local e regional fundadas em uma perspectiva interdisciplinar, a participação social na gestão e controle de suas atividades, assim como o fortalecimento das equipes multiprofissionais são aspectos comuns das ações da atenção básica e da EPS.

3.4 A atenção básica

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização,

humanização, equidade, e participação social (Brasil, 2007b p. 12).

Os princípios que constituem a AB foram propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Carta de Lubliana promulgada na Conferência de Lubliana, na Eslovênia em 1996. Segundo esta carta, os sistemas de atenção à saúde deveriam ser (Starfield, 2002 p.19-20):

Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a atenção primária.

No Brasil a AB surgiu como um movimento da medicina preventiva na procura de conciliar a formação médica às ações de saúde com a comunidade, a partir dos anos de 1960. Nesse movimento, entendia-se que a atenção deveria se aproximar do cotidiano e do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias (Ibañez et al., 2006). Esta proposta coincidiu com a crise instalada no modelo médico privatista que gerou a necessidade de expandir a atenção médica, a partir de um modelo de baixo custo, para populações excluídas, principalmente as que vivem nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Estabelecendo-se a partir daí, a proposta de atenção primária seletiva, desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo, com pessoal de baixa qualificação utilizando tecnologias baratas e simples (Almeida, Chioro, Zioni, 2001).

O movimento sanitário se difundiu originando diversas iniciativas para implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária, entre as quais: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Assim, vários municípios criaram serviços de AB: postos e centros de saúde que atendiam a população da zona rural e da periferia dos centros urbanos (Campos, 1992).

Com essas tentativas de extensão dos cuidados de saúde no Brasil, a década de 1970 se encerrou com a convicção de que os cuidados sanitários deveriam ser colocados ao alcance de todos (Almeida, Castro, Vieira, 2002).

A Declaração de Alma-Ata de 1978, promulgada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde sob o lema “Saúde para todos no ano 2000”, priorizou a AB. Neste documento, a AB é reconhecida como um conjunto de cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, fundamentadas cientificamente e colocadas ao alcance universal de todos, tendo em vista as principais necessidades de saúde da comunidade. Nessa perspectiva, os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível do lugar onde as pessoas vivem e trabalham, representando o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde de um continuado processo de assistência (OPAS, 1978b).

No início de 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de discutir a implantação de uma rede básica de saúde que originou diversas propostas. Para universalizar os cuidados primários à saúde foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que não foi efetivado. O contexto de crise da previdência social originou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, com o objetivo de propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência e propor medidas de avaliação e controle. Este propôs a implementação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, mediante o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Estado da Saúde, para a realização de ações de saúde pública e assistência médica (Almeida, Castro, Vieira, 2002).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, considerada o marco histórico do movimento de Reforma Sanitária, teve como desdobramento o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) implementado em 1987 (Almeida, Castro, Vieira, 2002).

O fruto da Reforma Sanitária foi a institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988. Determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art.196), o SUS preconiza o acesso universal e igualitário em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988).

Os princípios das políticas do SUS são implementados sob os eixos centrais da descentralização/municipalização e da mudança dos modelos de gestão e de atenção. Nesse sentido, a atenção primária à saúde, também denominada AB foi escolhida como estratégia para a contemplação dos princípios doutrinários do SUS, a fim de melhorar a efetividade de seus serviços com o aumento da cobertura e acesso às ações de saúde pela população, mediante a reformulação e readequação dos recursos. Organizada em unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família, a partir de 1994, a AB representa a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de assistência à saúde e atende aos grupos populacionais de uma área geográfica de abrangência no território (Almeida, Castro, Vieira, 2002).

A AB constitui um nível próprio de atendimento às necessidades básicas de saúde que envolve um trabalho complexo e requer alta capacidade resolutiva assim como, alta sensibilidade diagnóstica. Inclui demandas sanitárias, saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde, ações clínicas de prevenção, profilaxia, tratamento e recuperação de doenças de caráter epidêmico ou não. Esses quadros apóiam-se em técnicas diagnósticas e terapêuticas que utilizam reduzido número de equipamentos, quando comparados aos demais níveis de atenção, mas necessitam de sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais, coletivas, curativas, preventivas, assistenciais e educativas (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000).

Para que a rede básica atinja esses propósitos é necessária a adoção de perfis organizacionais bastante flexíveis que permitam a participação dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços (Campos, 1992). O Art.7 inciso IX, da Lei Orgânica de N. 8080/90 prevê a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Tal mudança remete a execução das ações do interesse social e de saúde no município que está em contato direto com o usuário, favorecendo a gestão social participativa por meio do controle social (Carvalho, Santos, 1995).

A viabilização do SUS depende de uma dinâmica de funcionamento do sistema que coloque os agentes do trabalho como os principais sujeitos do processo de mudança. “A emancipação individual ou coletiva, necessidades sociais para a reprodução da vida, são noções dimensionadas por sujeitos sociais concretamente envolvidos no processo terapêutico e [...] na vida em sociedade” (Campos, 1992 p. 151).

O envolvimento dos agentes do trabalho no processo de reestruturação da AB atua como um mecanismo para superar a “produção pela produção” típica no pronto-atendimento (PA) (Campos, 1992). O PA é o serviço de atendimento imediato à demanda espontânea com a finalidade de prestar assistência à problemas graves e urgentes. Esse atendimento à queixa principal do usuário se distancia da proposta da AB, pois, em geral não envolve a promoção da saúde ao concentrar-se na prestação de assistência médica restrita ao diagnóstico e terapêutica. Todavia, como a clientela e os trabalhadores da saúde estão acostumados a pensar o cuidado de saúde restrito à atenção médica e o PA está presente na UBS essa situação tem sido freqüente na AB (Dalmaso, 2000).

Centrado no conhecimento especializado, fármacos e procedimentos esse tipo de assistência a saúde que corrobora com os processos de acumulação de capital e assistência à saúde se confunde com produção de consultas e crescente medicalização. Tais ações reforçam o modelo médico-centrado e reduzem o compromisso e a responsabilização com o usuário pela ausência de vínculo e acolhimento na assistência (Merhy, 2006).

O modelo médico centrado predomina nos serviços de saúde e fragiliza a construção da AB na perspectiva da integralidade. Esta depende da organização dos processos de trabalho de forma centrada no usuário e suas necessidades, na qual a assistência deve ser multiprofissional, com a responsabilização da equipe pelo cuidado individual e vigilância à saúde (Franco, Magalhães Junior, 2006).

Para combinar a autonomia e a responsabilização pelas ações de saúde, a prática deve ser estabelecida por meio do vínculo com o usuário. Além disso, a autonomia dos trabalhadores da saúde é preservada quando os saberes, competências e responsabilidades comuns das equipes são

ampliados com a troca dos saberes e preservadas as intervenções específicas de cada categoria profissional conduzindo a melhoria da qualidade da assistência com ações mais abrangentes (Malta, Merhy, 2003).

A estratégia da política pública de saúde para a reestruturação da AB é o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994. O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – na estrutura da Unidade de Saúde da Família (USF), mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias bem como assegurar a sua transferência para serviços de maior complexidade. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Os vínculos de co-responsabilidade estabelecidos entre a equipe do PSF e a população acompanhada, facilitam a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (Brasil, 2007b).

A importância estratégica do PSF reside na sua vocação para substituir o antigo modelo biomédico hegemônico, predominantemente assistencial, por um conjunto de ações preventivas, terapêuticas e de promoção de uma vida mais saudável e menos dependente do hospital como foco central dos serviços públicos de saúde (Mercadante, 2002).

A implementação do PSF implica a interação com a comunidade, com vistas a construir de forma participativa, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas e necessidades de saúde. Isso exige dos trabalhadores e profissionais de saúde que atuam no PSF, a incorporação de contínuas discussões acerca do seu processo de trabalho e da relação que travam com os usuários dos serviços de saúde (Merhy, 2006).

Os processos de trabalho em saúde, as necessidades de saúde da população em âmbito local e regional fundadas em uma perspectiva interdisciplinar, a participação social na gestão e controle de suas atividades, assim como o fortalecimento das equipes multiprofissionais são aspectos comuns das ações da AB e da EPS.

Para produzir a mudança das práticas é fundamental dialogar com as concepções vigentes no contexto do trabalho, em espaços inclusivos de problematização da realidade de tal forma que o trabalho em saúde seja um lugar de atuação crítica, reflexiva e compromissada (Ceccim, Ferla, 2006). A dinâmica do trabalho na AB possibilita maior aproximação às necessidades de saúde da população e favorece sua apreensão devido o desenvolvimento de espaços de interação sobre os processos de trabalho em saúde

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Ao considerar o objeto de estudo desta pesquisa, as atividades educativas para trabalhadores da saúde na AB e seus objetivos que envolvem as concepções de educação, o público participante, o levantamento de necessidades e os resultados esperados, optou-se por realizar um estudo de abordagem qualitativa com caráter compreensivo e analítico.

Busca-se conhecer e compreender as representações dos trabalhadores e gerentes mediante análise interpretativa das atividades educativas para os trabalhadores da saúde com base no quadro teórico do processo de trabalho em saúde, da EC e da EPS que também está ancorada no trabalho em saúde, além das concepções de integralidade e trabalho em equipe já apresentadas.

A abordagem qualitativa envolve um universo de significados, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos (Minayo et al, 1994). Pode ser caracterizada como uma técnica de compreensão e de percepção da realidade da vida social compartilhada pelos indivíduos. Os significados sociais dos acontecimentos são examinados em um contexto dinâmico e suscetível a constantes mudanças a partir da perspectiva dos agentes ativos na construção e determinação de suas realidades em cada situação. As palavras dos participantes são autênticas e se convertem em resultados empíricos da investigação dos quais emerge a 'teoria' que permite ao investigador compreender a explicação do fenômeno no mundo social proporcionando um sentido à realidade encontrada que surge nos conceitos e categorias dos próprios dados (Cook, Reichardt, 2000).

4.2 Campo de estudo

São Paulo é um município populoso com cerca de 11.091.442 milhões de habitantes, distribuídos em 1.509 km², está organizado em 31 subprefeituras de acordo com a política de descentralização, instituída na Lei Municipal n. 13.399, de 1 de agosto de 2002 (Peduzzi, 2007b; São Paulo, 2008a).

A descentralização é um princípio organizacional do SUS fixado na Constituição Federal (CF) de 1988 e detalhado na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90) como resultado de um longo processo histórico-social que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira. Foi impulsionada na vertente da municipalização a partir de 1982 com o Programa Metropolitano de Saúde (PMS) para a reestruturação da rede de serviços de saúde da Região Metropolitana de São Paulo, abrangendo, principalmente, as áreas mais carentes, contudo, o município de São Paulo, não apresentou avanços no processo de municipalização, exceto pela transferência de 51 UBS estaduais para a prefeitura da cidade, entre 1990 e 1992. Em 1983, surgiu o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) destinado a promover a integração dos serviços públicos, acompanhada de discussões e movimentos sociais. O processo desencadeado pelas AIS culminou com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e o SUS em 1990. Contudo, em 1996, o governo paulistano optou pelo desenvolvimento do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), um sistema desvinculado do SUS. Por esse motivo, a Secretaria de Estado de Saúde manteve com ela a gerência e gestão das UBS, ambulatorios e hospitais gerais próprios, situados na Capital, bem como deu início ao PSF, Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) na suas regiões periféricas (Barata, Tanaka, Mendes, 2004).

No Brasil o desenvolvimento da gestão municipal iniciou-se apenas em 1993, quando o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica (NOB-SUS, 1993) que criou as formas alternativas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Apenas neste último nível, os municípios assumiam

responsabilidades e tinham maior controle da gestão do sistema. No início de 1995, São Paulo tinha apenas 11 municípios habilitados na gestão semiplena em saúde. A política de descentralização foi reforçada com a NOB-SUS 1996, que atribuía ao gestor municipal a responsabilização pela situação de saúde de sua população e pela organização e desenvolvimento das ações no sistema municipal de saúde, estabelecendo a Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal (GPSM) e a Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde para os municípios. Em 2001 o município paulistano atingiu a Gestão Plena de Atenção Básica em Saúde, após comprovar as condições de acesso a essa categoria, marcando seu pleno retorno ao SUS. Hoje no Estado, a AB é totalmente gerida pela esfera municipal (Barata, Tanaka, Mendes, 2004).

Com a descentralização as 31 subprefeituras do município paulistano ficaram distribuídas juntamente com 24 supervisões técnicas de saúde e 96 distritos administrativos que abrangem diversos bairros da cidade em cinco coordenadorias regionais de saúde - norte, centro-oeste, leste, sudeste e sul (São Paulo, 2008a; Figura 1).

Uma subprefeitura é um órgão da administração direta instalado em áreas de limites territoriais estabelecidos em função de parâmetros e indicadores socioeconômicos e tem a responsabilidade de planejar, controlar e executar os sistemas locais, de acordo com as políticas, diretrizes e programas de nível central. As subprefeituras foram criadas visando democratizar a gestão pública e melhorar o acesso do munícipe às estruturas administrativas, de modo que devem atuar propiciando o desenvolvimento local, a ampliação da oferta e a melhoria da qualidade dos serviços locais (Pедуzzi, 2007b; São Paulo, 2008a).

A região de estudo tem uma rede de ações e serviços de saúde com resolutividade para o respectivo território, com suficiência em atenção básica e de média complexidade, sob a responsabilidade da respectiva supervisão técnica de saúde, que responde à Coordenadoria Regional de Saúde pelas 13 UBS e 10 serviços especializados (SE), isto é, um ambulatório de especialidades, um serviço de assistência especializada DST/Aids (SAE – DST/Aids), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quatro serviços de

Assistência Médica Ambulatorial (AMA), um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), um Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA). Nessa região, há também um hospital geral e um pronto-socorro municipal que fazem parte da Autarquia Hospitalar Municipal local, um hospital de ensino estadualizado e dois serviços de ensino ligados à universidade pública localizada na região, um hospital geral e uma UBS, ambos integrados à rede loco-regional. Assim, a região de saúde reúne 28 serviços (14 UBS, 10 SE, três hospitais e um pronto-socorro) (São Paulo, 2008b, Peduzzi, 2007b).

Fonte: Boletim Coordenadoria de epidemiologia e informação em dados, São Paulo; 2008a. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicações/0004/boletimdados_Out08.pdf

A AMA é uma nova modalidade de serviço de saúde que foi agregada ao município a partir 2005. A prefeitura de São Paulo optou pela gestão das AMA, desde sua implantação a partir de organizações sociais (OS) com as quais a prefeitura pode firmar contratos de gestão dos equipamentos de acordo com o Projeto de Lei (318/05) aprovado pela Câmara de São Paulo (São Paulo, 2005).

As OS constituem um modelo jurídico-administrativo formulado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) em 1995 e definido pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) (Brasil, 1995, 1997).

[...] entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos que surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, podendo, ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio. A continuidade das atividades seria supervisionada por órgão da Presidência da República, com registro formal da organização social após qualificação proposta pelo ministro de Estado da área correspondente e aprovação do presidente da República. O instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social, prevendo multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, modelo de estrutura e outros itens, a exemplo do Laboratório Nacional Luiz Sincrotrón, da Fundação Roquette Pinto, do Instituto Nacional do Câncer, entre outros (Ibañez et al, 2001, p. 392).

As primeiras OS foram criadas por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, que posteriormente foi regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998a, 1998b). O estado de São Paulo foi o ente federativo no qual essa forma de gestão mais proliferou. Em pouco tempo, foram qualificadas nove entidades como OS na área da Saúde, responsáveis pelo gerenciamento de 16 hospitais – além dessas, outras nove organizações tiveram o mesmo destino na área da Cultura (Sano, Abrucio, 2008).

Desde 2001, as ações e os serviços públicos de saúde no município paulistano são prestados em consonância com os princípios e as normas do

SUS, estabelecidos pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990), com a opção pela municipalização plena do sistema segundo a NOB 01/1996-PAB e pela Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica (Peduzzi, 2007b).

O foco deste estudo são unidades de atenção básica que no município de São Paulo estão estruturadas em 15 áreas técnicas de programas e políticas de saúde - Assistência Farmacêutica; Assistência Laboratorial; Cultura da Paz - Cidadania e Saúde; Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde; Saúde Bucal; Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde da População Indígena; Saúde da População Negra; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso; Saúde Mental; Saúde Ocular; e Saúde do Trabalhador - de acordo com a portaria Nº 1151/2008-SMS.G segundo os princípios e diretrizes do SUS para a garantia da atenção integral em saúde e para o fortalecimento das diferentes estratégias de atenção à saúde oferecidas nas unidades da rede básica e de especialidades (São Paulo, 2008b).

Para este estudo selecionaram-se duas unidades básicas de saúde pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde de São Paulo cuja população é de 1.203.029 habitantes. A região de estudo está inserida em uma subprefeitura que possui 376.414 habitantes (São Paulo, 2007).

As unidades de estudo foram selecionadas a partir dos resultados do projeto de pesquisa principal ao qual este projeto está vinculado como referido anteriormente.

A primeira UBS (A)¹ do estudo possui aproximadamente 120 trabalhadores dos quais 100 estão vinculados a uma universidade pública e 20 a uma OS contratados para o PSF. O serviço foi inaugurado em meados de 1970, constitui um centro formador de recursos humanos para a área da saúde, sendo um campo de aprendizado para alunos de graduação e de pós-graduação. Caracteriza-se como unidade de ensino e têm compromisso com a docência, a pesquisa e a extensão de serviços universitários. O

¹ A identificação da primeira UBS com a letra A e da segunda UBS com a letra J é correspondente à identificação dada a estes serviços na pesquisa principal.

distrito de saúde no qual se localiza a UBS compreende uma área de 22,7 Km² que corresponde a 36,5% da área total da Coordenadoria Regional de Saúde na qual está inserida a unidade. A população da área de abrangência do serviço é de aproximadamente 49.000 habitantes distribuída em um território de 10,04 km² (São Paulo, 2006). A média de atendimentos ao mês em 2007 segundo informações da gerencia do serviço é de 160 ao dia e 4690 por mês.

A segunda UBS (J) possui aproximadamente 110 trabalhadores, 50 estão vinculados à prefeitura e 60 trabalhadores do PSF distribuídos em 5 equipes de saúde da família, contratados por uma organização social de saúde.

O serviço J foi inaugurado nos anos de 1980 devido à movimentação popular na região para sua implantação. Primeiramente funcionou ligado ao Programa de Assistência à Saúde (PAS), sendo que em 2001, por ocasião da nova gestão municipal, teve início o processo de desativação do PAS, com a retomada do modelo de gestão SUS que estabeleceu como estratégia de reorientação do modelo de atenção básica o Programa de Saúde da Família (PSF) que foi implantado nesta UBS caracterizando-a como UBS mista por apresentar o modelo de organização tradicional e o PSF (Braga, Peduzzi, 2005).

O distrito de saúde no qual se localiza a UBS compreende uma área de 9,7 km² que corresponde a 15,6% da área total da Coordenadoria Regional de Saúde na qual está inserida a unidade. A população aproximada no território de abrangência da UBS é de 23.000 habitantes distribuída em um território de 2,24 km² (Brasil, 2007c). A média de atendimentos aos usuários do serviço segundo os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da unidade em agosto de 2008 é de 400 por dia e 8000 ao mês.

A diferença entre os serviços do estudo pode ser expressa pelo Índice de Necessidades em Saúde (INS), desenvolvido para possibilitar a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo. As necessidades contempladas no índice são expressas nas condições demográficas,

epidemiológicas e sociais da população residente nos diversos distritos administrativos (DA) da cidade refletindo a demanda potencial pelos serviços de saúde permitindo a comparação das regiões da cidade segundo graus de necessidade de investimentos na área da saúde, podendo ser utilizado como subsídio técnico às decisões políticas para implantação de novos serviços. Os DA foram categorizados em três intervalos de igual valor definidos pela subdivisão da diferença entre o maior e o menor valor da cidade no índice final. Isto permitiu identificar três agrupamentos de distritos segundo níveis de necessidades, resultando na seguinte distribuição: 30 distritos com alta necessidade para expansão de serviços de saúde; 47 com média e 19 com baixa necessidade (São Paulo, 2008c).

O DA no qual se localiza o serviço A possui INS considerado de baixa necessidade 0,17341 enquanto o DA em que está o serviço J possui índice de média necessidade 0,28107 de acordo com dados da prefeitura. Estas diferenças podem ser explicadas pelas características dos territórios dos dois DA em questão (São Paulo, 2008c). As condições de vida em ambos os distritos administrativos são heterogêneas. Apresentam áreas com variadas condições socioeconômicas e atendem segmentos da população de alto poder aquisitivo e residentes de áreas com favelamento, predominante na UBS J.

No DA do serviço A destaca-se a concentração de pessoas com idade entre 10 a 29 anos, com 13.101 (26,7%) indivíduos. Nota-se uma tendência a um perfil de maior concentração de idosos, pessoas com mais de 60 anos, que representam 9.238 (18,7%) dos habitantes da área de abrangência, enquanto no Município representam 10,2% de habitantes. A maioria dos moradores da região de atendimento da unidade é do sexo feminino, com 27.054 (57,69%) pessoas (Brasil, 2007c; São Paulo, 2008d).

No DA do serviço J de acordo com aspectos demográficos observa-se que a distribuição por sexo apresenta-se com ligeira predominância do sexo feminino 59.529 (52,1%) comparada ao sexo masculino 54.693 (47,9%). Em relação à distribuição etária verifica-se predomínio da população de jovens adultos de 20 a 34 anos 37.501 (32,8%). A população de menor predomínio consiste em idosos acima de 60 anos 11.926 (10,4%)

que corresponde a taxa de idosos do município de São Paulo 10,2% (Brasil, 2007c; São Paulo, 2008d).

Figura 2 - Índice de necessidades em saúde por DA, São Paulo - 2008c.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), São Paulo; 2008c. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/INS_3edicao_Junho2008.pdf

4.3 Aspectos éticos

A pesquisa principal a qual está vinculado este subprojeto foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e atende às exigências da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Compuseram os aspectos éticos da pesquisa os seguintes documentos:

- Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1);
- Carta de autorização do serviço de saúde (Apêndice 2);
- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 1);
- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 2).

4.4 Autorização dos serviços de saúde para execução da pesquisa

Para iniciar o trabalho de campo foi realizada uma reunião com cada um dos gerentes centrais dos serviços estudados para solicitação de autorização para execução da pesquisa na unidade, um encontro ocorreu em dezembro de 2007 e o outro em janeiro de 2008. A princípio o projeto foi apresentado e autorizado mediante a apresentação das aprovações dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria Municipal de Saúde com a assinatura da “Carta de autorização do serviço de saúde” (Apêndice 2) pelos gerentes que receberam uma cópia impressa do projeto de pesquisa. Em seguida os respectivos gerentes indicaram informantes-chave representativos de cada uma das categorias profissionais inseridas no serviço incluindo o segmento gerencial e de trabalhadores da saúde compondo uma amostra de 36 sujeitos.

4.5 Sujeitos do estudo

Os sujeitos de pesquisa foram selecionados com base no critério de informante-chave representativo de cada uma das categorias profissionais inseridas no respectivo serviço incluindo os gerentes centrais, gerentes e trabalhadores da saúde na dimensão assistencial e administrativa.

Foram respeitados os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, de modo que cada participante assinou voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) antes de ser entrevistado.

4.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada gravada com trabalhadores das diferentes categorias profissionais, nos respectivos serviços iniciando-se a partir dos gerentes centrais dos serviços através de um roteiro-guia (Apêndice 3).

Inicialmente a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa e levantou informações sobre o perfil do trabalhador: cargo/função, formação, categoria profissional, tempo de trabalho no serviço e prosseguia para questões específicas do roteiro do estudo.

O roteiro de entrevista aborda questões relacionadas como a concepção de educação de trabalhadores, no respectivo estabelecimento de saúde, o público participante a que se destinam as atividades educativas de trabalhadores do serviço, o processo de levantamento de necessidades e resultados esperados das atividades educativas realizadas nos serviços do estudo. O mapeamento das atividades educativas de trabalhadores da saúde realizado na primeira fase da pesquisa principal à qual este estudo está vinculado foi apresentado aos sujeitos de pesquisa (Apêndice 4) e a partir disso, os entrevistados foram convidados a refletir sobre o público

participante, processo de identificação de necessidades das intervenções educativas e os resultados esperados com as atividades realizadas.

O trabalho de campo teve início em dezembro de 2007 e foi finalizado em março de 2008 através de 45 visitas às unidades de estudo. Foram entrevistados 36 sujeitos totalizando aproximadamente 50 horas de gravação com duração média de 1h20min de gravação em cada entrevista, variando de entrevistas de 30 minutos até 2h30min.

As entrevistas foram transcritas integralmente para dar visibilidade ao caso tematizado. Considera-se que “o que deve vir à público é um texto trabalhado em que a interferência do autor seja clara, dirigida à melhoria do texto [...] editar uma entrevista significa tirar os andaimes de uma construção quando esta fica pronta” (Meihy, 1996). As entrevistas foram editadas mediante correção gramatical, com a retirada de vícios de linguagem, interferências do ambiente e pausas significativas com rigor para manutenção do sentido das palavras nos relatos dos depoentes.

A receptividade da gerência e dos trabalhadores dos serviços à pesquisadora facilitou o desenvolvimento da coleta de dados, sendo que uma entrevista foi realizada fora da unidade de estudo, no campus de uma universidade localizada na região durante o período de férias de um trabalhador que não pode se ausentar da rotina de trabalho para participar da entrevista devido à excessiva demanda do serviço.

As entrevistas foram agendadas previamente à sua realização pessoalmente ou por telefone, contudo, cerca de nove vezes a pesquisadora compareceu no horário agendado e o trabalhador estava impossibilitado de participar da entrevista por esquecimento ou excesso de atividades imprevistas no serviço das quais não poderia se ausentar.

Outras dificuldades enfrentadas durante o trabalho de campo foram a interrupções realizadas durante cinco entrevistas, devido demandas da dinâmica dos serviços que solicitavam a presença do trabalhador que estava sendo entrevistado, apesar da ciência do serviço e da gerência a respeito da entrevista que estava sendo gravada através de aviso afixado na porta.

Um aspecto desafiador para a pesquisadora durante a condução das entrevistas foi a dificuldade de distinção do objeto de estudo ‘atividades

educativas para trabalhadores da saúde' com 'atividades de educação em saúde para usuários' predominantemente desenvolvidas nos serviços de AB, de modo que a mesma realizou constantes retomadas para a temática da pesquisa afim de aproveitar os depoimentos no estudo. Considera-se que para alguns trabalhadores ocorre um distanciamento do objeto de estudo desta pesquisa, por isso, apresentam maior facilidade em relatar suas experiências de atividades educativas com usuários dos serviços, já que as mesmas são inerentes à AB. Este aspecto será retomado na apresentação e discussão dos resultados.

4.7 Análise dos dados

A primeira etapa da análise de conteúdo temática realizada foi a pré-análise para organização do material e constituição do corpus, que neste estudo foi composto pelo conjunto de entrevistas. Realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, seguida da leitura repetida e em profundidade para estabelecimento das relações entre os depoimentos, que permitiu o surgimento de impressões e orientações, para a formulação de hipóteses baseadas nos objetivos do estudo para fundamentar a análise dos documentos (Bardin, 1977) até se construir uma síntese para reconhecer as representações e as contradições e antagonismos de cada relato (Peduzzi, 2007b).

A análise vertical consiste em operações de codificação para tornar os resultados brutos significativos e propor inferências. A transformação dos dados do texto permite atingir uma representação do conteúdo que pode esclarecer as características do texto (Bardin, 1977).

A seguir realizou-se uma leitura horizontal para a análise referente a cada um dos quatro objetivos do estudo, ou seja, das concepções de educação, do público participante, do levantamento de necessidades e dos resultados esperados para as atividades educativas de trabalhadores da saúde. Seguiu-se uma análise transversal em que se buscou reconhecer as semelhanças, as contradições e os antagonismos entre os relatos para

estabelecer relações entre os depoimentos, que tornam possíveis as interpretações das concepções e representações sociais (Schraiber, 1995).

Optou-se pela análise transversal conjunta dos relatos sem distinção entre os dois serviços pesquisados porque com a realização da leitura flutuante e análise vertical das entrevistas não se observou diferença expressiva nos relatos de ambos os serviços.

As entrevistas também foram lidas e analisadas em função do contexto em que se produziram, pois só podem ser entendidas dentro de sua dinâmica de relações sociais de produção e reprodução (Minayo, 2002). Nesse sentido, tomou-se como contexto imediato de produção dos depoimentos dos gerentes e trabalhadores entrevistados a política de saúde e o modelo de atenção à saúde vigente na região estudada e no município de São Paulo, pois ambos, na sua articulação, compõem o cenário da pesquisa (Peduzzi, 2007b).

Para composição dos temas de análise foram consideradas as unidades de registro, ou parágrafos que se relacionam ao tema, unidade de significação que se liberta do texto analisado à luz do referencial teórico. Para fornecer uma representação simplificada dos dados foi realizada a categorização com o isolamento de seus elementos e classificação para organizar as mensagens (Bardin, 1977).

Para apresentação dos resultados na discussão do material empírico os entrevistados foram identificados aleatoriamente com uma letra seguida de um número: T para trabalhadores e G para gerentes, juntamente com a categoria profissional que representam a fim de contextualizar os relatos.

A análise vertical de cada relato e a análise transversal do conjunto de depoimentos com base no referencial teórico adotado no presente estudo e seus objetivos resultaram na construção das seguintes categorias analíticas de acordo com cinco eixos:

- 1) Concepções de educação dos trabalhadores e gerentes – a educação é inerente à organização do trabalho em saúde, educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber, as atividades educativas revelam a concepção tradicional de educação.

2) Levantamento de necessidades dos trabalhadores e gerentes – reflexão sobre as práticas de saúde, demandas da população/usuários da área de abrangência do serviço, demandas externas da SMS e ou Coordenadoria Regional de saúde, dificuldades técnicas para realizar o trabalho, ação gerencial.

3) Público participante – categorias profissionais específicas, equipes de trabalho, convocação e/ou interesse do trabalhador, trabalhadores vinculados ao PSF, comunidade/usuários.

4) Resultados esperados – apropriação do saber instrumental para a execução de procedimentos técnicos, promover a emancipação dos usuários, mudança da postura do trabalhador.

5) Entraves para operacionalização da EPS – ausência de distinção entre as concepções de educação em saúde para usuários e de educação de trabalhadores da saúde, intensa rotina de trabalho, política de recursos humanos em saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados em cinco seções com base em análise apoiada no referencial teórico adotado na pesquisa. Na primeira são discutidas as concepções de educação, na segunda o levantamento de necessidades, na terceira o público participante, na quarta os resultados esperados para as atividades educativas de trabalhadores da saúde e na quinta os entraves para operacionalização da educação permanente em saúde.

A hipótese inicial de que as concepções e experiências dos gerentes e dos trabalhadores fossem diferentes não se confirmou, pois a análise do material empírico não revelou significativas diferenças nas representações dos trabalhadores e dos gerentes sobre o objetivo do estudo. Desse modo, os aspectos investigados presentes nos resultados são apresentados conjuntamente, com destaque para as variações que houve entre os participantes do estudo.

5.1 Perfil dos gerentes e trabalhadores que participaram do estudo

Entrevistou-se 36 trabalhadores da saúde: 5 trabalhadores de nível técnico auxiliar (quatro auxiliares administrativos e um técnico de informática), 21 trabalhadores da dimensão assistencial (dois de cada categoria profissional a seguir, dentistas, médicos, psicólogos, educadores, e um trabalhador de cada uma das seguintes categorias, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, assistente social e terapeuta ocupacional, quatro auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de consultório dentário e dois agentes comunitários de saúde); 10 trabalhadores da dimensão gerencial (três médicos, dois enfermeiros, um de cada função especificada a seguir, fonoaudióloga, técnico administrativo, auxiliar técnico administrativo) e dois gerentes centrais (enfermeiro e médico sanitário).

Entre os entrevistados predominam trabalhadores do sexo feminino totalizando 28 sujeitos e nove do sexo masculino, com faixa etária média de 46 anos, mínima de 23 anos e máxima de 66 anos. A média do tempo de formação dos sujeitos é de 20 anos com no mínimo cinco anos e máximo 31 anos de formação. O tempo de trabalho no serviço varia de dois a 30 anos com média de 14 anos aproximadamente.

Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados observa-se predomínio de trabalhadores graduados com pós-graduação lato-senso ou especialização que correspondem a 11(30,56%), seguidos de 7(19,44%) com ensino médio completo, 6(16,67%) ensino superior completo, 4(11,11%) ensino superior incompleto, 4(11,11%) doutorado e 2(5,56%) mestrado, 1(2,78%) ensino médio incompleto, e 1(2,78%) ensino fundamental (Quadro 1).

A amostra dos sujeitos do estudo foi ampliada durante o trabalho de campo devido às peculiaridades encontradas nos serviços do estudo. A UBS A é uma unidade escola estabelecida em parceria com uma universidade pública à qual os trabalhadores possuem vínculo empregatício e também possui o PSF, cujos trabalhadores são contratados por uma OS. A UBS J é mista por apresentar o modelo de UBS tradicional integrado ao PSF. Em J os trabalhadores da UBS são contratados pela prefeitura, enquanto os do PSF estão vinculados a uma OS.

Retoma-se a justificativa para a composição da amostra do estudo mencionada na metodologia. Os sujeitos do estudo representam todas as categorias profissionais inseridas nos serviços A e J, diferentes inserções dos trabalhadores nos serviços, relacionada ao desenvolvimento de atividades gerenciais ou assistenciais e também a diferença de vínculo empregatício existente entre os trabalhadores.

Desse modo, no grupo de entrevistados há seis trabalhadores do PSF que estão vinculados a uma OS, um do serviço A e cinco do serviço J que representam as seguintes categorias profissionais, agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e auxiliar técnico administrativo, por isso algumas categorias profissionais se repetiram ampliando o número de sujeitos no estudo.

Quadro 1 – Caracterização dos trabalhadores entrevistados

Caracterização dos trabalhadores entrevistados						
Categoria profissional	Função ²	Sexo	Idade (anos)	Formação	Tempo de formação (anos)	Tempo de trabalho no serviço (anos)
Auxiliar de enfermagem	assistencial	F	43	Ensino superior completo	5	10
Auxiliar de enfermagem	assistencial	F	42	Ensino médio completo	8	3
Auxiliar de enfermagem	assistencial	F	52	Ensino médio completo	21	20
Auxiliar de enfermagem	assistencial	F	59	Ensino superior incompleto	10	30
Auxiliar de consultório dentário	assistencial	F	48	Ensino médio incompleto	24	20
Auxiliar de consultório dentário	assistencial	F	51	Ensino fundamental	25	15
Agente comunitário de saúde	assistencial	F	50	Ensino superior incompleto	27	5
Agente comunitário de saúde	assistencial	M	29	Ensino superior incompleto	12	6
Auxiliar técnico administrativo	auxiliar	M	23	Ensino médio completo	7	2
Agente de gestão de políticas públicas	auxiliar	F	27	Ensino superior completo	8	5
Auxiliar administrativo	auxiliar	M	39	Ensino médio completo	20	20
Auxiliar administrativo	auxiliar	F	39	Ensino médio completo	21	20
Técnico em informática	técnico	F	51	Ensino médio completo	31	27
Dentista	assistencial	F	50	Ensino superior completo	27	18
Médico do PSF	assistencial	M	30	Especialização	6	2
Fisioterapeuta	assistencial	F	48	Especialização	27	6
Educador	assistencial	M	56	Especialização	28	7
Psicóloga	assistencial	F	66	Mestrado	34	30
Fonoaudióloga	assistencial	F	43	Especialização	21	15
Farmacêutico	assistencial	M	35	Ensino superior completo	10	4
Dentista	assistencial	F	55	Ensino superior completo	31	15
Educador	assistencial	F	54	Especialização	21	22
Assistente social	assistencial	F	47	Especialização	22	7
Psicóloga	assistencial	F	58	Especialização	23	14
Médico pediatra	assistencial	M	53	Ensino superior completo	28	22
Terapeuta ocupacional	assistencial	F	53	Especialização	30	30
Médico assistente	gerencial	F	56	Doutorado	31	27
Médico sanitarista	gerencial	F	50	Doutorado	27	24
Enfermeira	gerente central	F	43	Especialização	23	2
Técnico administrativo	gerencial	F	51	Ensino superior incompleto	15	19
Auxiliar administrativo	gerencial	F	43	Ensino médio completo	26	5
Médico sanitarista	gerencial	M	46	Doutorado	23	18
Médico sanitarista	gerente central	M	48	Mestrado	25	12
Enfermeira	gerencial	F	44	Especialização	23	5
Fonoaudióloga	gerencial	F	27	Doutorado	5	2
Enfermeira	gerencial	F	34	Especialização	5	2

² Função refere-se à distinção feita entre os entrevistados que desempenham atividade predominantemente assistencial, gerencial ou administrativa e o gerente central corresponde ao diretor do serviço.

No tocante aos vínculos empregatícios dos demais trabalhadores entrevistados, 16 são servidores públicos de uma universidade e 10 estão vinculados à prefeitura.

Os resultados e discussão mostram trechos dos depoimentos relacionados às categorias empíricas construídas a partir dos objetivos específicos do estudo. Os depoimentos dos gerentes são referidos com a utilização da letra G e os dos trabalhadores com a letra T. Os números apresentados remetem à presença do aspecto analisado no conjunto de depoimentos dos 10 gerentes (G) e 26 trabalhadores (T) (Quadro 2).

Quadro 2 – Categorias empíricas construídas no universo de relatos

Categoria empírica/ Objetivos específicos do estudo	Universo de relatos
Objetivo 1. Concepções de educação dos trabalhadores e gerentes	
1.1 A educação é inerente à organização do trabalho em saúde	5G e 9T
1.2 A educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho	7G e 19T
1.3 As atividades educativas para trabalhadores revelam a concepção tradicional de educação	1G e 7T
Objetivo 2. Levantamento de necessidades dos trabalhadores e gerentes	
2.1 Reflexão sobre as práticas de saúde	8G e 15T
2.2 Demandas da população/usuários da área de abrangência do serviço	7G e 4T
2.3 Demandas externas da SMS e ou Coordenadoria regional de Saúde	5G e 5T
2.4 Dificuldades técnicas para realizar o trabalho	3G e 5T
2.5 Ação gerencial na supervisão do trabalho	8G e 3T
Objetivo 3. Público Participante	
3.1 Categorias profissionais específicas	7G e 26T
3.2 Equipes de trabalho	3G e 6T
3.3 Convocação obrigatória e participação facultativa	4G e 7T
3.4 Comunidade/usuários	6G e 2T
Objetivo 4. Resultados esperados	
4.1 Em curto prazo – Apropriação do saber instrumental para executar procedimentos técnicos	5G e 13T
4.2 Em curto, médio e longo prazo – Promover a emancipação dos usuários e trabalhadores da saúde	4G e 7T
4.3 Em curto, médio e longo prazo – Mudança da postura do trabalhador	5G e 11T
5 Entraves para operacionalização da EPS	
Ausência de distinção entre as concepções de educação em saúde para usuários e de educação de trabalhadores da saúde	3G e 14T
A política de recursos humanos em saúde	3G e 14T
Intensa rotina de trabalho	2G e 9T

5.2 Concepções de educação dos trabalhadores e gerentes

“A educação é uma forma de intervenção no mundo” que pode reproduzir e revelar a ideologia dominante (Freire, 2005, p.98). A educação não é desenvolvida com neutralidade, pois implica no agir direcionado por determinado horizonte ético, político e ideológico, cuja postura pode ser favorável à permanência da situação vigente ou transformadora.

Entre os sentidos atribuídos à ideologia, Lalande (1999 p. 510), a identifica como uma “ciência que tem por objetivo o uso das idéias”. Em outra vertente, aponta a ideologia como um pensamento teórico que expressa fatos sociais e determina o pensamento de indivíduos sem que eles percebam (Lalande, 1999). Assim, a ideologia inspira as ações dos indivíduos como um conjunto de verdades organizadas e influencia seu modo de viver em sociedade.

Para Chauí (1993), a ideologia é um conjunto de representações e normas que direcionam o agir das pessoas. Constitui-se a partir da transformação do discurso social e político dos sujeitos em um discurso impessoal sobre a sociedade, a política, a vida cultural, relações de poder e as instituições.

Na ideologia, o modo imediato do aparecer (o fenômeno) social é constituído pelas imagens que a sociedade e a política possuem para os seus membros, imagens consideradas como a realidade concreta. Em suma: o aparecer social é tomado como o ser do social. Esse aparecer não é uma “aparência” no sentido de que seria falso, mas é uma aparência no sentido de que é a maneira pela qual o processo oculto, que produz e conserva a sociedade, se manifesta para os homens (Chauí, 1993, p.19).

A construção imaginária da ideologia fornece aos sujeitos um conjunto de representações para explicar o real e as normas que orientam a prática. Pautada na lógica do poder com a finalidade de manipulação, a ideologia procura neutralizar a historicidade por meio da noção de progresso e desenvolvimento ao pressupor que a realidade é uma consequência de algo existente anteriormente ao invés da transformação histórica. Também oculta a divisão social e do trabalho assim como as diferenças e tensões presentes na sociedade, pois o discurso ideológico se torna coerente e forte

em uma construção com lacunas, ou seja, informações que não podem ser reveladas (Chauí, 1993). Nesse sentido, a educação dos trabalhadores da saúde pode ser utilizada como um instrumento que possibilita a crítica para o necessário desvelamento de contradições para intervir na mudança do trabalho na sociedade e mudança das práticas de saúde.

Entende-se que a educação de trabalhadores inseridos em serviços de saúde expressa um agir ideológico em um dado horizonte ético. Assim, investigar as concepções de educação presentes nos serviços e trabalhadores da saúde possibilita compreender o modo de organização do trabalho e seus direcionamentos no sentido de mudanças emancipatórias ou manutenção do *status quo*.

A análise das concepções de educação dos trabalhadores da saúde foi realizada a luz do referencial teórico da educação emancipatória e da educação tradicional. A primeira orientada pela abordagem sócio-cultural difundida por Paulo Freire que considera o homem sujeito elaborador do conhecimento através da reflexão e problematização sobre sua realidade com o objetivo de transformá-la. A segunda pautada na abordagem tradicional ou concepção de educação bancária, segundo Paulo Freire, estabelecida mediante a transmissão de conteúdos que coloca o homem na posição de receptor passivo de informações (Mizukami, 1986; Freire, 2000, 2005).

A análise dos relatos desta pesquisa revelou as seguintes categorias de concepções de educação no trabalho presentes no grupo de trabalhadores e gerentes: educação é inerente à organização do trabalho em saúde, educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho, atividades educativas para trabalhadores revelam a concepção tradicional de educação.

5.2.1 A educação é inerente à organização do trabalho em saúde

No setor da saúde ocorre um nítido distanciamento entre o trabalhador seus meios de trabalho, usuários e comunidade, de tal forma podem ser estabelecidas relações desumanizadas, sem motivação e criatividade. Por isso torna-se necessário a reflexão para re-configurar o modo de organizar esses serviços (Mishima et al, 1996).

A organização do trabalho é um dos principais aspectos do trabalho gerencial, por isso, na análise conjunta dos relatos de trabalhadores e gerentes sobre as concepções de educação no trabalho predomina a apresentação de relatos de gerentes devido o aprofundamento e acúmulo de reflexões que têm sobre o tema. Cinco gerentes e nove trabalhadores entrevistados consideram que as atividades educativas são elemento intrínseco da organização do trabalho em saúde e podem ocorrer tanto em espaços formais, com reuniões previstas no cotidiano do trabalho, quanto em espaços informais. Estes espaços possibilitam a discussão contínua das práticas de saúde, sua organização, finalidades e especificidades para atender as necessidades educativas dos trabalhadores vinculadas à sua realidade concreta no serviço.

Então, me parece que umas das grandes características desse serviço e disso eu me orgulho muito, é a possibilidade do trabalho ser discutido continuamente. Então você tem situações mais formais de temas que são arrolados durante o ano, ou grupos de trabalho que se encontram. Você tem grupos de trabalho onde as pessoas estão discutindo as questões dos programas e aquilo é uma coisa mais formal dentro do início de uma linha de desenvolvimento com meio, fim e avaliação. Você tem uma coisa informal que me parece ser uma das boas características, porque na informalidade você vai discutindo o trabalho continuamente. Então me parece um aprendizado contínuo, o trabalho nesta instituição [...] Então, o que embasa? A organização do trabalho, as finalidades do trabalho e as especificidades do objeto (G1 - médico).

No relato anterior um gerente ressalta a importância da educação estar incorporada ao cotidiano de trabalho em saúde por sua característica de serviço cujo trabalho se realiza por meio do encontro entre sujeitos - trabalhadores e usuários. O caráter interativo do trabalho em saúde remete à

reflexão, tanto para a adequação do saber técnico-científico à especificidade das necessidades de saúde do usuário/população, como para a criação de novas alternativas para correspondê-las.

O trabalho em saúde é interativo caracterizado pela intersubjetividade, imprevisibilidade e incerteza, pois as necessidades trazidas pelos usuários são analisadas pelos trabalhadores para a aplicação do conjunto de conhecimentos, saberes técnico-científicos e valores pertinentes à especificidade do caso em questão (Offe, 1995). O caráter imprevisível do processo de trabalho nos serviços de saúde está relacionado à variedade de eventos e complexidade presentes no processo saúde-doença e a intersubjetividade nas relações entre trabalhadores-usuários e os trabalhadores. “Imprevisível e subjetivo são termos utilizados pelos especialistas para explicar as dificuldades de se avaliar a factibilidade”, ou seja, as possibilidades de modelos de organização de serviços de saúde (Pinheiro, Luz, 2003 p. 8).

No próximo excerto, o depoente considera a importância da intersubjetividade no trabalho em saúde como uma possibilidade de ampliar os espaços de reflexão sobre as práticas de saúde e de educação dos trabalhadores da saúde para configurar ações que não sejam reduzidas à execução de técnicas.

Me parece que é a única possibilidade de se manter o trabalho vivo! Vou usar algumas palavras que não são tão formais assim, mas me parece que é assim, o trabalho em saúde na medida em que ele se dá a partir do encontro entre sujeitos inseridos em uma realidade sócio-histórica que é viva e mutante, é um trabalho que para se desenvolver tem que ser constantemente refletido, senão ele fica um trabalho morto. Permanece a aplicação de algumas técnicas voltadas para alguma coisa, que muitas vezes não leva em conta a situação, a questão em que está o sujeito [...]. Então o processo de educação, reflexão do trabalho, educação permanente, de aprimoramento, de treinamento, ele deve ser uma coisa constante para manter a vitalidade do trabalho (G1 - médico).

No relato a seguir o entrevistado mostra que os espaços de discussão e treinamento fazem parte do cotidiano de trabalho. Ressalta a importância da construção de consensos e acordos por meio da ação de combinar e recombinar estratégias para o planejamento das ações educativas dos

trabalhadores para possibilitar resultados da atenção à saúde. A busca de consensos entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho configura um meio de negociação direcionada a determinado fim.

[...] acho que tem que fazer treinamentos em serviço aproveitando os espaços formais que já existem, de reuniões, que eu acho que temos aqui pelo menos, acho que a estrutura depende muito de cada local mesmo. Você tem que tentar aproveitar os espaços que já existem, aqui pelo menos a gente já tem alguns espaços de discussão, reunião e treinamento, agora num lugar que não existe não sei [...] Se você aproveitar bem esse tipo de atividade [...] todo mundo pode fazer reunião, tem uma série de coisas que você pode programar para aqueles períodos que são especificamente para isso [...] O que eu entendo pelo menos dessa coisa da educação continuada é de estarmos, combinando e recombinao as coisas o tempo inteiro, e decidir que vai ser assim. Ou mudamos e como será? Aí você consegue fazer um planejamento e vai ter um resultado [...] (T16 – técnico de informática).

No relato anterior o trabalhador afirma que um planejamento conduzirá a determinado resultado. O planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Trata-se de um processo que depende do conhecimento da situação atual e da meta esperada, realização de escolhas e elaboração de planos para favorecer o processo de mudança podendo ser elaborado a partir da perspectiva normativa tradicional ou estratégica. Assim, o plano constitui-se no processo de detalhamento da mudança sendo o gerente seu principal executor (Malik, 2002; Ciampone, Melleiro, 2005).

O processo de planejamento segundo a perspectiva normativa ou tradicional parte de um diagnóstico situacional que caracterize o sistema social (necessidades de saúde, perfil de morbimortalidade, identificação de recursos humanos necessários e disponíveis, explicação dos problemas de saúde no serviço), e o sistema técnico (levantamento de recursos físicos, financeiros e materiais). Segue-se a determinação dos objetivos, o estabelecimento de prioridades, a seleção de recursos disponíveis, o estabelecimento do plano operacional, a implementação e a avaliação que deve ocorrer durante todo o processo para conferir se os resultados

esperados foram alcançados e o replanejamento das ações desenvolvidas (Ciampone, Melleiro, 2005).

Por outro lado, o planejamento estratégico é uma ferramenta de organização do trabalho que de acordo com Rivera e Artmann (1999), na interpretação matusiana pode trazer o diálogo como elemento e a possibilidade da problematização coletiva com a articulação dos sujeitos sociais em processos de negociação política.

De acordo com Peduzzi (2007b) o trabalho pautado na ação comunicativa que busca o entendimento entre os sujeitos envolvidos, deve levar em conta tanto às relações entre os trabalhadores no trabalho em saúde, quanto deles com os usuários/população de referência do serviço dada à natureza intersubjetiva do trabalho em saúde, referida acima.

Outro importante aspecto presente no material empírico é a concepção de que as atividades educativas estão incorporadas ao cotidiano do trabalho em saúde como uma possibilidade de evitar a alienação e ampliar o compromisso com o trabalho. Chama atenção que essa percepção é apontada pelos trabalhadores e não é mencionada pelos gerentes. Os trabalhadores discutem que quando realizam uma ação mecanizada não conseguem compreender o processo de trabalho, contudo a atividade educativa no trabalho possibilita tal compreensão e o reconhecimento do produto de seu trabalho que pode trazer maior envolvimento e satisfação com o cotidiano de trabalho.

Para mim, se você tem uma relação diferente com o trabalho, você tem uma relação diferente com você mesmo, da maneira que você observa o trabalho. Por exemplo, eu vou à uma ação educativa uma vez por semana, e a gente tem uma conversa sobre a comunidade, sobre quais são as doenças sexualmente transmissíveis mais importantes, ou vê um vídeo sobre o Programa de Saúde da Família. Para mim é mais importante do que fazer um trabalho mecanizado, tendo produção, produção, produção, e não se entende como funciona. Então, uma atividade educativa, é você aprender sobre alguma coisa, é aprender sobre o processo de trabalho e ampliar a sua visão sobre o trabalho, e melhorar o trabalho em si, porque você tem uma visão mais ampla para resolver os problemas que surgem no dia a dia. Eu acho que você deve ter comprometimento com o que você está fazendo, porque não é mecânico, você se identifica com o que está fazendo e tem melhor comprometimento. Para mim é isso! É você entender o lugar onde você trabalha e as pessoas que estão sendo atendidas e tal. Acho que a finalidade seria ampliar a visão das pessoas, melhor iniciativa com relação ao trabalho, com

comprometimento, porque entende o que está fazendo. Talvez com o entendimento da realidade de que você faz parte, você tenha um melhor envolvimento ou talvez uma melhor relação com o trabalho, porque eu trabalho oito horas por dia e fico acordado oito horas, então metade da minha vida é o trabalho, então eu tenho que entender e viver melhor com ele. Acho que essa é uma boa maneira de se relacionar com o trabalho de modo saudável. Se você não entende o produto do trabalho, você está alienado (T13 – auxiliar técnico administrativo).

Para Marx a divisão do trabalho é uma expressão econômica que só se aplica às condições de alienação. O trabalho torna-se externo ao trabalhador por não pertencer a ele como um “meio de vida individual”, trabalho forçado, uma atividade “meio” de obter finalidades necessárias à mera sobrevivência humana. Assim, o trabalhador alienado mostra estranhamento ao produto de sua própria atividade no ato da produção (Mészáros, 2006).

A compreensão dos trabalhadores sobre as práticas de saúde permite uma maior aproximação e menor estranhamento do produto de seu trabalho. O conceito de alienação de Marx aborda quatro aspectos principais: o primeiro é a alienação da natureza ou ‘mundo sensível’, no qual é expressa a relação do homem com seu produto de trabalho. O segundo é a alienação da própria atividade que executa, pois na relação do trabalho com o ato de produção a atividade não oferece satisfação ao trabalhador, mas apenas a possibilidade de subsistência. O terceiro aspecto é a alienação do homem quanto ao seu ser genérico, ou seja, da sua condição humana. O quarto é o estranhamento do homem em relação aos outros. Assim, a alienação compreende as manifestações de estranhamento do homem em relação à natureza, a si mesmo, à humanidade e aos outros homens (Mészáros, 2006).

Quando o trabalhador compreende o produto do seu trabalho também consegue entender o processo de trabalho, o modo de organização, ou modelo assistencial, como um conjunto complexo de ações com uma dada finalidade e intencionalidade. Os relatos de cinco gerentes e quatro trabalhadores referem que as atividades educativas para trabalhadores possibilitam a constituição de um modelo assistencial no serviço, pois,

configuram espaços de discussão do horizonte ético preconizado, da concepção do processo saúde-doença e do trabalho.

Embora se tenha optado por analisar conjuntamente os relatos de gerentes e trabalhadores, a relação entre ação educativa de trabalhadores e implementação do modelo assistencial é predominante no grupo de gerentes, o que se entende estar associado ao papel do gerente na tradução das políticas de saúde no serviço que remete a implantação de um determinado modelo de atenção à saúde. Campos, (2000); Mishima, (1995); Mishima et al, (1997), consideram que o gerente é um articulador e mediador da política pública de saúde para o plano concreto do processo de trabalho no serviço.

No relato a seguir o trabalhador faz referência às ações de promoção, prevenção e recuperação que articuladas representam um dos sentidos da integralidade e a necessidade de compreensão do processo saúde-doença a partir da contextualização na realidade social, econômica e cultural dos indivíduos em sociedade em oposição ao modelo médico-centrado curativo (Mattos, 2004).

[...] a atenção primária é principalmente de prevenção e promoção, ela pode ser menos ou mais curativa. Se esse é o nosso trabalho, quanto mais investirmos em aprimoramento para ter mais instrumentos teóricos e práticos, mais conseguiremos exercer o nosso trabalho. Eu acho que é o principal! Por isso, que em uma unidade básica de saúde a gente tem por semana dois períodos de atividades educativas, há mais acesso [...] não estou só falando de você estar em unidade básica porque eu estou aqui, mas você só vai, na minha opinião, entender como alguém adoece, poder ajudar essa pessoa a não adoecer, quando você entende como é o processo de saúde. Como você pensa em intervir, para ajudar tanto no individual quanto no âmbito da família, da sociedade, de forma que os seres humanos tenham boas condições de qualidade de vida e adoeçam menos. Que os recursos de saúde mais especializados sejam usados menos frequentemente, e portanto uma economia e um dinheiro que pode ser gasto em outro segmento, a educação, por exemplo, que é necessária. A formação da enfermagem nível médio é hospitalar, é só curativa, a equipe é hierarquizada, então fica muito difícil. Já chega com uma postura de subserviência ao médico que a maioria aqui não tem, porque se a vida inteira discutirmos que vamos trabalhar juntos, que vamos construir juntos, não tem essa subserviência total (T23 - auxiliar de enfermagem).

No relato anterior o depoente considera que as relações hierárquicas do trabalho da enfermagem e o trabalho individualizado por profissional

dificultam a realização das práticas de saúde na atenção básica, assim como a expressão da esfera de autonomia do trabalhador de enfermagem em relação ao trabalho médico.

O trabalho de enfermagem se organizou hierarquicamente em classes como um meio de trabalho que é suporte do trabalho médico. A partir da produção das técnicas de enfermagem ocorreu a subdivisão de tarefas e a cisão do trabalho entre concepção ou direção e execução, o que reflete a organização do trabalho presente nos estudos de Taylor sobre a gerência científica. A fragmentação do trabalho, o rígido controle gerencial dos modos de produção conduz à desmotivação e alienação dos trabalhadores (Almeida, Rocha, 1987; Pires, Matos, Gelbcke, 2004).

Lima, Almeida (1999) consideram que a condução do processo terapêutico pelo médico decorre do domínio do saber na produção do cuidado terapêutico, o que lhe confere autonomia. Para Ribeiro, Schraiber, (1994) e Schraiber (1995) a idéia de autonomia profissional pode ser associada à tomada de decisões no processo de trabalho que confere a independência técnica e a auto-regulação da categoria profissional. A autonomia é característica da prática médica quando comparada às demais nos serviços de saúde, já que o médico é detentor da autoridade técnica no campo da saúde, no que se refere a ocorrência individual e coletiva de doenças. A autonomia do trabalho médico contribui para colocá-lo em posição dominante no modo de produção de serviços de saúde e consolidar o modelo biomédico como hegemônico no setor saúde.

No relato apresentado acima é assinalada a dominação da profissão médica. Segundo Lopes (2001), expressa na autoridade de controlar e dirigir o trabalho de outros profissionais de saúde. A dependência técnica e social da enfermagem condicionada às decisões médicas na produção de cuidados de saúde situa seu trabalho na condição de subordinação à profissão médica (Lopes, 2001).

Em oposição ao trabalho individualizado por profissional em organizações hierárquicas sob a abordagem biomédica, o trabalho em equipe multiprofissional é um modo de organização do trabalho característico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pautado na

integralidade da saúde. “Essa proposta constitui-se em um importante desafio, já que propõe a ruptura com o modelo biomédico e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética” (Ribeiro, Pires, Blank, 2004, p. 441). O trabalho em equipe multiprofissional — formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde — é condição estruturante do PSF que vigora há uma década.

Peduzzi (2007b p.161) afirma que “o trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam um mero agrupamento de profissionais”. Para a mudança das práticas de saúde é necessário que haja um redirecionamento da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado à integração, democratização das relações de trabalho e integralidade das ações de saúde para responder às necessidades dos usuários e população de referência.

A fragmentação das práticas relacionada à intensa divisão do trabalho, das disciplinas e áreas de conhecimento está expressa nos trabalhos especializados, contudo estes possuem conexões objetivas cuja recomposição, articulação e integração podem se dar por meio do trabalho em equipe (Peduzzi, 2007b).

A integração dos trabalhos especializados depende do reconhecimento dos nexos presentes entre as ações de saúde, ou seja, do reconhecimento do trabalho do outro que pressupõe sua concepção do processo saúde-doença. Esta concepção pode ser expressa por meio da integralidade que justifica e motiva os trabalhadores para a proposta do trabalho em equipe em substituição ao trabalho individualizado por profissional, pois para articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários/população do território é necessário que os trabalhadores atuem de modo articulado e integrado com inserção em um modelo de organização do trabalho voltado a esta lógica (Peduzzi, 2007b).

A integralidade relaciona-se à lógica de organização dos serviços e das práticas de saúde que preconiza a integração dos serviços assistenciais

e de saúde pública com a superação da fragmentação das atividades no interior dos serviços e horizontalização dos programas de atenção à saúde anteriormente verticais com equipes que pensem em suas práticas a partir das necessidades dos usuários e população atendida. Assim, “a integralidade emerge como um princípio de organização contínua para ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” na perspectiva do diálogo (Mattos, 2001, p. 57).

A integralidade remete à superação de fragmentações presentes no cotidiano dos serviços. Pinheiro, Luz (2003) ressalta a dimensão da integralidade que considera a interação democrática dos agentes do trabalho no cotidiano de sua prática com questionamentos das relações de saber e poder presentes nas especialidades profissionais e privilégio à participação de diversos agentes e suas práticas no cotidiano. A mesma autora considera que o PSF é uma iniciativa inovadora de organização das práticas de saúde voltado para atenção integral de indivíduos e famílias com o compromisso de mudar o modelo de atenção vigente e romper com a visão biomédica centrada na doença. Estas mudanças ocorrem em quatro principais direções: a atuação em saúde no espaço domiciliar, o resgate de ações de promoção e prevenção da saúde concebida como direito de cidadania, a priorização da formação, capacitação dos trabalhadores e a busca da satisfação do usuário.

Nos relatos a seguir os trabalhadores ressaltam a importância da EPS e da educação no contexto da realidade de trabalho do PSF. De acordo com a portaria ministerial N. 648/GM de 28 de março de 2006 as atividades de EPS estão no rol de atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional com destaque para sua promoção por médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas (Brasil, 2006b). Nas ações de EPS o processo de trabalho torna-se objeto de reflexão mediante a participação dos trabalhadores da saúde, problematização das concepções vigentes no contexto concreto das equipes para re-construir as práticas de saúde na direção da integralidade de acordo com as necessidades dos usuários/população do território (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006).

O PSF em si já traz como proposta inovadora uma preocupação mais consistente com a educação permanente do que se faz tradicionalmente no sistema público de saúde. Então ao implantar o PSF já se imaginou que uma parte do tempo teria que estar destinada aos processos de educação permanente. Isso já é uma marca do PSF (G3 - médico).

[...] Porque se você pega o SUS, o PSF, o que é preconizado é você considerar a realidade das pessoas, da comunidade, em cima da realidade dos dados, é só estabelecer um plano de trabalho, e a educação deveria reforçar isso daí o tempo todo (T20 – educador).

O próximo depoente apresenta uma concepção de educação de trabalhadores orientada pela EPS e aponta que a mesma é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

[...] acho que envolve estratégias variadas, e o que elas devem ter em comum é estarem profundamente vinculadas ao processo de trabalho, a forma como o trabalho é organizado e ao cotidiano dos trabalhadores. Vinculado tanto do ponto de vista de atender a necessidades sentidas, reais e concretas, como também o processo educativo estar amarrado à prática dos trabalhadores, no processo de trabalho [...] Bom, eu acho que, talvez isso valha para qualquer tipo de trabalho, mas na área da saúde, acho que a necessidade da educação em serviço é ainda mais evidente. Não só pelo tipo de objeto no qual se trabalha que é a vida humana com todas as suas conseqüências e complexidades, também porque é uma área do conhecimento em constante evolução e que as exigências de qualificação são especialmente importantes. Então não dá para pensar em organizar um serviço de saúde em que a idéia de qualificação, da educação no serviço não seja inerente ao próprio processo de organização [...] A nossa concepção de trabalho em saúde é inerente e pressupõe que educação permanente faz parte da organização do trabalho (G3 - médico).

Não há possibilidade de você sustentar a qualidade da atenção sem a inclusão, a incorporação destas atividades de formação como parte intrínseca, indissociada do trabalho e contínua [...] por isso que eu estou te dizendo, uma atividade permanente, continuada, de discussão e reflexão sobre o trabalho (G8 - médico).

O foco da EPS é o trabalho como princípio educativo e a própria educação permanente como uma estratégia para a mudança de conceitos e práticas de saúde, constituindo um dos pilares na construção da gestão democrática em espaços de construção coletiva com a participação de gestores, trabalhadores, usuários e instituições formadoras para garantir a

qualidade da assistência prestada (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006; Ceccim, Feuerwerker, 2004a).

A EPS supõe a integração de atividades educativas às experiências cotidianas dos serviços, a mudança das estratégias pedagógicas ao tomar as práticas concretas como fonte de conhecimento, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas e o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho (Souza, Roschke, 2003).

Reconhecer que a educação é inerente à organização do trabalho em saúde, contudo não configura um único e homogêneo entendimento das práticas, mas remete para duas concepções distintas de educação e de organização do trabalho em saúde ou modelo assistencial. A primeira é a educação emancipatória com organização do trabalho orientada para a integralidade, trabalho em equipe, gestão comunicativa/participativa. A segunda é a educação tradicional com a organização do trabalho orientada pelo modelo biomédico, trabalho individualizado por profissional e gestão taylorista/fordista.

5.2.2 A educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho

A concepção de educação como construção coletiva contextualizada na realidade de trabalho é consenso entre sete gerentes e 19 trabalhadores, portanto predomina na realidade empírica investigada. Esta representação pode ser denominada emancipatória devido seu caráter voltado para a promoção dos sujeitos partícipes do processo de trabalho, trabalhadores, usuários e gerentes de serviços de saúde.

Saviani (2000, p. 38) faz uma reflexão a respeito do significado da concepção emancipatória no sentido de promover o homem do ponto de vista educacional:

Significa tornar o homem cada vez mais capaz de conhecer os elementos de sua situação para intervir nela transformando-a no sentido de uma ampliação da liberdade, da comunicação e colaboração entre os homens. Trata-se pois, de uma tarefa que deve ser realizada. Isto nos permite perceber a função da valoração e dos valores na vida humana. Os valores indicam as expectativas, as aspirações que caracterizam o homem em seu esforço de transcender-se a si mesmo e à sua situação histórica; como tal, marcam aquilo que deve ser em contraposição àquilo que é. A valoração é o próprio esforço do homem em transformar o que é naquilo que deve ser.

A educação emancipatória visa à promoção do homem, a partir de um conjunto de valores, cujos objetivos educacionais no trabalho podem ser constituídos com base nas necessidades dos usuários/população do território e dos próprios trabalhadores a partir da realidade concreta do trabalho em serviços de saúde da atenção básica.

Diferentemente do processo de transferência de conhecimento, educar na perspectiva emancipatória, é criar possibilidades para que o educando participe da produção do saber ou sua construção transformando-se em sujeito do saber ensinado, juntamente com o educador. Trata-se de um processo recíproco de ensinar e aprender do homem como ser histórico e inacabado, pois aprendendo social e historicamente o homem descobre a atividade de ensinar. O ensino bancário baseado na transferência de conteúdos é conduzido com autoritarismo que prejudica a aprendizagem e a criatividade do educando e do educador. A prática educativa crítica envolve o movimento dinâmico do fazer e pensar sobre o fazer com a reflexão crítica sobre a prática atual que pode desenvolver mecanismos de mudança. Assim, defende-se a educação para a decisão, para a responsabilidade social e política do homem (Freire, 2005).

Nos próximos excertos os depoentes colocam em questão a importância de promover a educação dos trabalhadores da saúde contextualizada à sua realidade de trabalho em um processo de construção coletiva do saber.

Não adianta você convidar uma pessoa para falar de medicamentos que o usuário não vai adquirir. Não serve para nada um curso deste entendeu? Ou o enfermeiro participar de um evento que não esteja relacionado com o espaço público, para ele extrapolar e poder ampliar e articular aquilo com a realidade. Seria melhor se fosse construído de acordo com a realidade, fazendo a construção do conhecimento junto! Porque depois sozinho é difícil para pessoa fazer este processo (G5 - enfermeiro).

Então se você quer um trabalhador que tenha esta consciência você tem que conseguir trabalhar a educação, no sentido que tem que ter alguém que chega e você vai depositar conhecimento. Mas é bom considerar a noção de saúde, que um novo trabalhador traz, o que pensa e entende sobre saúde e educação. Quer dizer, é um trabalhador que chega e você precisa saber como ele pensa e onde o serviço precisa chegar, nessa troca você tem o trabalhador participante (T18 – educadora).

A seguir o trabalhador reconhece a importância de estabelecer a relação teórico-prática na produção do conhecimento mediante a construção do saber com a participação dos trabalhadores para evitar a centralização do saber. O depoente considera que o saber pode conferir poder àqueles que o detêm. De acordo com Lopes (2001), o poder pode ser entendido como uma característica ou condição de determinados trabalhadores que é expresso nas relações de trabalho em zonas de incerteza/indeterminação sobre as intervenções de saúde nos serviços. Assim, um agente terá mais poder quando exercer domínio e estabelecer algum grau de condicionamento sobre a ação dos outros que estará diretamente relacionada à posição que ocupa no serviço e ao seu lugar na divisão técnica e social do trabalho.

De acordo com Kuenzer (2005), a distribuição desigual do saber científico e do saber prático é fruto de uma prática fragmentada que expressa e reproduz essa fragmentação no contexto educacional, pois para corresponder às demandas de uma organização social com base taylorista/fordista as tendências pedagógicas privilegiam os conteúdos e o tecnicismo com o rompimento entre o pensamento e a ação. Este trabalho pedagógico fragmentado responde às demandas do mundo do trabalho capitalista para a padronização de procedimentos que possibilitam o desempenho técnico dos trabalhadores.

Na educação, por exemplo, a teoria e a prática não andam juntas, é ruim, só a teoria ou só a prática, as duas tem que andar juntas. Acredito firmemente que o conhecimento deve ser construído e adquirido com a participação de educadores e educandos, numa relação mútua. Cada educador cresce a cada ação de educação que ele faz. Se ele estiver impermeável a crescer, ele já é um conservador. Eu não sou conservadora, eu acho que a sociedade humana tem que avançar e não parar, a mesma coisa para o educando. A educação é um processo de construção que envolve os dois, educador e educando. É um processo em que o poder deve estar na relação e não em um dos pólos, nem aqui nem lá. O poder deve emanar do próprio conhecimento construído [...] Eu aprendi aqui no serviço que a participação é fundamental e que a transparência constrói. O conhecimento é a moeda de poder, então se buscarmos uma igualdade de poder, tanto no poder médico – paciente, ou enfermagem – paciente, a gente busca diminuir esse poder o máximo possível. Se eu tenho um discurso desse tipo em relação ao usuário, não posso deixar de ter em relação a nós, trabalhadores, como uma posição política de dividir poder, nivelar o profissional de saúde com o usuário de forma que as coisas não viessem de cima para baixo. Você percebe isto [...] até onde vai uma técnica pedagógica, e onde começa uma questão política de visão de mundo? É difícil, claro que a política está em tudo [...] Então eu tive desde o início do trabalho neste serviço, uma posição política e com o tempo desenvolvi uma posição técnica, que é um pouco correspondente ao político porque ela tem muito a ver com Paulo Freire, por exemplo, e com construtivismo. A pedagogia para mim não existe sem entender o ser humano e as reações dele (T23 - auxiliar de enfermagem).

Alguns depoentes destacam a importância da educação problematizadora para a reflexão sobre as práticas de saúde. Para Saviani (2000) a reflexão é provocada por algum problema presente na realidade de trabalho e, ao mesmo tempo, dialeticamente, constitui-se numa resposta a este problema. A reflexão sobre os problemas que a realidade apresenta deve satisfazer algumas exigências. Partindo do pressuposto de que o ato de refletir consiste na busca constante de significado por meio do ato de retomar e reconsiderar os dados disponíveis, este deve seguir três requisitos: a radicalidade porque é importante buscar as raízes da questão até seus fundamentos, o rigor para garantir a primeira exigência segundo métodos determinados sistematicamente e de conjunto, pois o problema deve ser examinado de acordo com o seu contexto.

E aí abre para uma vertente que é mais uma educação participativa, problematizadora e reflexiva, que também no meu jargão mais pessoal, eu chamo de por em análise o processo de trabalho (G8 – médico).

A seguir o trabalhador discute que a construção do saber deve articular gerentes e trabalhadores a partir de seus saberes, afinal a eficácia da atividade educativa no trabalho requer a participação e o envolvimento do trabalhador. Entende-se que quando se parte da realidade do sujeito envolvido na aprendizagem ocorre à aprendizagem significativa aspecto que se aproximam da concepção de EPS, assim como a problematização, participação e a reflexão crítica. Contudo, alguns entrevistados apontam também para a necessidade de desenvolver atividades tradicionais para transmitir ou atualizar informações necessárias para a rotina de trabalho.

Eu acho que a finalidade deveria ser sempre que a pessoa possa construir junto com alguém que está com as diretrizes, eu acredito nisso, que quanto mais você puder construir junto essas próprias finalidades, mais ganhos para o trabalho. Acho que uma atividade educativa que não permita esse tipo de coisa que venha chapada - ah vamos fazer isso e tal coisa... Isso não funciona, fica muito claro! Tem ocasiões em que você vai informar, vai falar, vai ser diretiva, vai dizer, vai apresentar informações que tem sobre determinado assunto, então tem que ser diretiva. Mas mesmo aí, quando parte do saber das pessoas, do educando, do trabalhador, eu acho que elas ocorrem de maneira eficaz e que elas sejam construídas juntas (T10 - psicóloga).

Nos próximos relatos os depoentes reforçam a importância de atividades educativas pautadas tanto em concepções emancipatórias como em tradicionais. Nesse sentido, entende-se que é necessário haver uma discussão do saber instrumental necessário para o desenvolvimento das ações técnicas com resolubilidade. Como este saber está baseado em preceitos técnico-científicos estabelecidos, o preparo dos trabalhadores volta-se ao rigor que deve estar presente em procedimentos já consolidados e podem ser veiculados em atividades educativas tradicionais, os saberes profissionais são considerados um recurso fundamental na execução de procedimentos técnicos e requerem capacitação técnica na vertente tradicional. Contudo, os relatos expressam uma tensão ao referirem que a construção de um modelo pautado na integralidade requer a reflexão sobre o trabalho cotidiano que se aproxima da vertente emancipatória da EPS. Assim, as atividades educativas de trabalhadores da saúde podem ser compostas por ações pautadas tanto na concepção emancipatória de

educação quanto na tradicional o que expressa a pertinência de duas modalidades de educação no trabalho, EPS e EC.

Uma das especificidades aqui da UBS é que a gente desenvolveu um modelo de trabalho, baseado num conceito da integralidade [...] que para isso você precisa de práticas educativas médias [...] não só emancipatórias porque a gente é bem [...] se valorizamos os grupos prioritários, os riscos, as situações de vulnerabilidade e para isso precisa ser emancipatória, mas nem tanto (G4 – médico).

[...] a pessoa que emergiu um pouco daquela passividade e olhar, tem que questionar, sou um cidadão de direitos e vou atrás, então muda um pouco o cenário político. Você não dá para o outro, o outro desperta nele essa motivação que é o nosso papel. Eu não tenho nada para dar para o outro, é o outro que tem dentro dele [...] Por isso é importante a educação permanente, uma coisa cuidadosa, educação e não apenas um treinamento. Lógico que às vezes tem que adestrar uma coisa, se eu tivesse que aplicar injeção teria que treinar muito em uma laranja para aprender a dar injeção. Isso não é um treinamento, educação não é um treinamento, falar de educação não é treinar, não é capacitar, falar de educação é outra dimensão. Você pode capacitar alguém para fazer a coleta de papanicolau [...] Para alguém que já tem toda a noção teórica, você pode contribuir para um maior aprendizado ou você vai apenas treinar. Tem uma diferença aí, mas falar de educação é outra coisa (T18 – educador).

Para você poder transformar o que você faz e propor uma ação transformadora do outro, você também tem que estar em transformação, em revisão de algo. Senão fica meio difícil! Não é o tempo todo, que as práticas de saúde vão estar priorizando essa transformação. Vai ter uma série de conhecimentos que se conservam, que vão sendo transmitidos [...] mas até para isso se dar de uma maneira ágil, dinâmica, satisfatória, de comum acordo entre as necessidades de quem é o provedor e quem está recebendo algum cuidado [...] Nas situações de recuperação, eu acho que essa tecnologia, esse aspecto do saber, tem que ser transmitido de uma maneira mais ágil. Então, esse aspecto de transformação de caráter educativo terá um espaço menor. Estou imaginando a questão das vacinas e dos curativos, então tem que ter espaço para essa transmissão. Mas de qualquer forma, o sujeito tem que estar se sentindo renovado em algum espaço do trabalho dele. Estou imaginando um trabalho de UTI, onde a interação é mínima, as pessoas estão sob aparelhos, neste caso é necessário que o trabalhador em treinamento e supervisão, nos espaços educativos planejados, considere que ocorrerá transmissão de técnicas importantíssimas, essenciais, para as quais o trabalhador tem que estar pronto, e satisfeito, e valorizando tudo que ele está fazendo. Agora, para as questões de trabalho de promoção e prevenção, você precisa [...] você vai estar construindo essas técnicas, então você também precisa estar mais confiante a respeito do impacto que aquilo vai ter [...] Diferentemente do impacto no trabalho de um curativo (T17 – terapeuta ocupacional).

Nas atividades educativas emancipatórias o trabalhador coloca-se como agente ativo do aprendizado em um processo de construção compartilhada do saber. O depoente aponta que no trabalho em saúde há interdependência entre os diferentes processos de trabalho especializados estabelecidos de modo parcelar com a divisão técnica e social do trabalho em saúde. Assim, é possível observar a relação entre as ações educativas de trabalhadores e os respectivos processos de trabalho, bem como o trabalho em equipe que constitui uma possibilidade de recomposição dos diferentes trabalhos especializados. Segundo Peduzzi (2001 p.106), “a recomposição requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes”.

[...] então, eu acho que um aspecto importantíssimo de qualquer atividade educativa é você estar sempre discutindo com os trabalhadores o quanto ele é agente de aprendizado e o quanto as pessoas também aprendem com ele, quer dizer, como o aprendizado passa por essa via de duas mãos. Acho que isso é importante, especialmente para o trabalho em saúde, na medida em que a interdependência entre os processos de trabalho que é uma coisa extremamente aguçada. Então, acho que qualquer atividade educativa tem que tentar enfatizar essa dimensão, da interdependência. Explicitar isso para o trabalhador, de modo que o próprio planejamento dessa atividade leve basicamente isso em conta. Até para você saber por onde começar essa circularidade (T17 – terapeuta ocupacional).

Embora a divisão técnica e social do trabalho produza o parcelamento e a fragmentação das práticas de saúde, no trabalho coletivo há uma interdependência e complementaridade entre os trabalhos especializados de modo que o trabalho de cada área profissional complementa o trabalho das demais. Assim, quando as ações são realizadas pode ocorrer uma articulação em torno de uma mesma finalidade (Lima, Almeida, 1999).

Nota-se que nos excertos a seguir dois trabalhadores vinculados à assistência revelam a concepção de que a educação ocorre por meio da relação entre pessoas. Nesse sentido, é preciso considerar que tanto a ação educativa como a assistencial e de cuidado em saúde constituem trabalho em serviço, imaterial, portanto, pressupõem a interação. Mas esta não recobre toda a esfera que diz respeito à educação no trabalho, mesmo considerada a existência de uma relação recíproca entre trabalho e

interação dos sujeitos envolvidos, não é possível a redução da interação ao trabalho, ou a derivação do trabalho a partir da interação (Habermas, 1994; Peduzzi, 1998, 2001, 2007b).

A interação refere-se ao agir comunicativo regido por expectativas comportamentais que devem ser entendidas por pelo menos dois sujeitos para a construção de consensos e a coordenação das ações (Habermas, 1994). Mas a educação no trabalho vai além da interação entre trabalhadores, gerentes e usuários, pois também contempla o conjunto de saberes técnico-científicos que fundamentam um conjunto de ações de saúde necessárias na atenção às necessidades dos usuários.

Então eu acho que trabalhar a educação o tempo todo, isto é o que a gente chama de educação [...] O ato de estar com o outro, é essa relação que a gente chama de educação. Porque a educação parece um negócio que está distante, a gente dá o nome de educação [...] a gente dá o nome de educação para essa relação, troca de informação [...] entre eu e você. Você está fazendo uma entrevista, à medida que eu falo, eu me revejo no meu trabalho, e em alguma coisa, eu vou sair diferente daqui. Se eu não sair diferente, essa pesquisa não fez sentido. Então, toda ação, seja ela de maior ou menor importância dentro do processo de trabalho em saúde, é importante e tem essa relação com o outro, ou o outro que não está presente, mas vai estar depois com a fala da entrevista, então um resultado [...] Ou um outro como eu e você, frente a frente, o que você vai me dizer, eu estou com um problema, estou com uma dor, estou precisando que você diga [...] porque senti essa dor, então eu não sei, vamos descobrir juntas. Seja que relação for, ela tem que ser uma relação que envolva essas coisas, que envolva afetividade, sinceridade, respeito, reconhecimento do outro. Eu acho que tudo isso a gente chama processo de educação, que é uma relação de dois. Então é muita coisa, dentro de uma palavra só que resumimos, porque falamos - ah estou num processo educativo, estou fazendo educação - mas na verdade ela é, a palavra tem profundidade, mas a gente vai repetindo ela sem muita noção e perde o sentido [...] (T18 – educadora).

[...] para mim educação, primeiramente é uma relação, entendeu? Acho que educação é uma relação entre seres humanos. Você não tem [...] é um processo enriquecedor. Ou seja, as pessoas interagem, cada um com seu conhecimento, e aí elas vão trocar esse conhecimento e no final, chegam numa síntese, ou numa coisa [...] num outro conhecimento, sabe? Um processo, é uma relação de pessoas que tem algum conhecimento e que estão ali compartilhando através do diálogo. É o que acontece muito no meu trabalho, no dia a dia é assim que a gente acaba estabelecendo relações com as pessoas. Nesse processo de relação é que a gente vai trabalhando, conhecendo a pessoa, propondo, lógico que com todo respeito, reconhecendo aquela pessoa como um sujeito [...] vamos interagindo. Para mim

educação é isso, parece bem simples, mas eu vejo que é muito difícil das pessoas colocarem em prática [...] Dessa forma, por várias questões aí, que a gente pode discutir. Mas é isso, acho que é um processo interativo, que depende da relação, mas fundamentalmente tem que estabelecer um diálogo. Acho que tem que ser construído junto e através da conversa mesmo, do diálogo (T24 – agente comunitário de saúde).

No excerto abaixo um gerente se refere ao trabalho imaterial em serviços de saúde, que é produzido e consumido imediatamente através das interações trabalhador-usuário/população do território.

Esse trabalhador tem ciência e consciência de que ele produz realidades que uma certa vertente de análise chama imaterial. Nós trabalhadores da saúde produzimos bens imateriais, além da gente aplicar uma injeção, costurar, cortar, retirar, introduzir, medicar, ou dar substâncias químicas, etc, interferir no substrato orgânico e físico, a gente produz realidades imateriais, a gente produz afetos, formas de conhecimento, compreensão de si, do outro, da relação com o mundo. Produzimos formas de relação, com a gente, com os serviços de saúde e isso tudo diz respeito a uma realidade que a gente poderia dizer imaterial, intangível mas real, absolutamente real (G8 - médico).

O caráter interativo do trabalho em saúde já foi assinalado anteriormente na discussão da educação inerente ao trabalho em saúde, no tocante ao papel do trabalhador como mediador entre as necessidades dos usuários e os saberes estruturados que fundamentam as intervenções técnicas para adequá-las à especificidade e singularidade de cada demanda. Meirelles (2006) descreve a atividade em serviços como um trabalho indireto, ou imaterial, que não está diretamente vinculado ao processo de produção ao contrário do trabalho direto que possui um resultado material expresso no produto final. O trabalho em serviços depende de habilidades de interpretação e processamento de informações para atender aos usuários. Estabelecido como “trabalho em processo” possui natureza intangível cuja produção é simultânea ao consumo de modo contínuo, portanto, não pode ser estocado. A produção ocorre mediante a demanda e se encerra na medida em que é correspondida.

No próximo relato, um depoente ressalta a importância da dimensão ética na interação entre os sujeitos envolvidos no processo educativo que deve estar presente no horizonte normativo da interação e do trabalho. Para

ele, o respeito à subjetividade do educando é uma condição fundamental para o estabelecimento de vínculo com os trabalhadores durante as atividades educativas. Segundo Ayres (2005), a esfera normativa voltada à dimensão ética e moral das relações se destaca nos discursos que buscam a problematização das normas que regulam as interações humanas.

Se há respeito das individualidades, respeito dos limites e do conhecimento da pessoa [...] porque de repente eu estou no limite daquele conhecimento, mas eu sou um bom profissional, e todo mundo tem limite, mas se você sente aquele respeito, você pode colocar o nome na avaliação e dizer que não aprendeu para te ensinar de novo isto, agora se não tem esse respeito é complicado, é a coisa da relação [...] Então se não existe indivíduo, se é tudo uma massa, aí você vai ficar com medo mesmo, você não vai ter coragem de falar que não aprendeu isso, porque vai ter gozação, vai espalhar para todo mundo. Você vai ser desvalorizado e as pessoas tem medo, mas quando você tem confiança é diferente, então eu acho que a pessoa precisa falar que não aprendeu. Não aprendeu por que? Porque não foi bem ensinado, porque não houve a prática, não houve avaliação, não houve continuidade, será que é culpa da pessoa? Será que é culpa da organização? Aí chega o supervisor e fala: “Mas eles são burros! Tiveram 20 cursos de hipertensão, 20 cursos de Tb, 20 cursos de hanseníase e não sabem ainda isso”. Aí você pergunta por que? É bom o seu trabalho por isso, porque vai levantar essas coisas. Tem que ver a maneira como foi feita, a maneira até como o funcionário é visto, como ele se sente. O ser humano tem sentimentos, não é uma massa! Se você não observar tudo isso, é complicado, as vezes está faltando um elo que faz toda a diferença. Você tem que saber como vai alcançar aquela pessoa e como aquilo vai mudar a vida dela, da mesma forma os trabalhadores tem que saber quem é o usuário e sua cultura para conseguir passar um conhecimento que mude a rotina, os hábitos e que mude a vida dele. Isso é muito difícil! (T21- agente comunitário de saúde).

O educador que desrespeita e subestima o educando por meio da crítica e ironia deixa de cumprir o seu dever de ensinar respeitosamente, pois, transgride os princípios éticos com seu autoritarismo. Na metodologia dialógica verdadeira, a aprendizagem ocorre na diferença e respeito à dignidade, autonomia e identidade dos educandos por meio do exercício da ética na prática educativa. “Qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar” (Freire, 2000 p.60). Para tanto, é importante que haja a avaliação e reflexão crítica sobre a prática que revelará necessidades para a manutenção do ensino pautado nos princípios éticos (Freire, 2000 p.60).

No conjunto de relatos que referem que a educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho, dois trabalhadores e quatro gerentes revelam a concepção de EPS acompanhada da própria denominação educação permanente mostrando que a política de EPS alcançou os serviços de saúde em alguma medida.

No próximo excerto o trabalhador descreve uma experiência de EPS que se estabelece entre a equipe de trabalho mediante a discussão de casos e evidencia a importância desses espaços de discussão para o desenvolvimento das práticas de saúde.

[...] tem várias correntes ideológicas tentando se inserir no PSF. Tem o clínico e a psiquiatra e a equipe que ao invés de encaminhar o caso, pode discutir com eles. Você fala e eles dizem olha isso é tal coisa, você faz assim e depois se não der certo você encaminha. Então você aprende, na prática, isso foi muito bom, e você sente a diferença, isso é uma educação permanente, um modelo bom que alivia o sistema (T2 – médico).

A seguir um gerente diferencia a EC da EPS e afirma que a primeira é caracterizada por atividades desenvolvidas com a finalidade de atualização técnica dos trabalhadores, por outro lado a segunda envolve um processo permanente de análise do trabalho através da reflexão sobre as práticas de saúde. O depoente apresenta as diferenças fundamentais entre as duas concepções, pois a EC tem como foco o desenvolvimento da organização de saúde por meio da atualização técnico-científica dos trabalhadores em atividades pontuais direcionadas a categorias profissionais específicas, enquanto a EPS enfoca o trabalho e a transformação das práticas de saúde com a problematização reflexiva sobre a realidade de trabalho em atividades voltadas à equipe multiprofissional de saúde (Brasil, 2004a,b; Ceccim, 2004a,b; Ceccim, Feuerwerker, 2004a; Merhy, Ceccim, Feuerwerker, 2006).

Vamos começar pelo mais simples, pelo mais trivial que seria a concepção de uma educação continuada, uma educação permanente focada na reciclagem, na atualização, isso poderia ser uma vertente, tanto uma maneira de conceber e está aqui implícito a finalidade, que seria manter o corpo profissional de uma determinada área, uma determinada equipe atualizada em treinamento permanente, vamos dizer assim, para as dimensões mais técnicas do trabalho [...] Mas vamos a grosso modo, além

dessa vertente que eu acabei de colocar na linha da atualização reciclagem, muito voltada para a perícia técnica dos profissionais. Uma outra vertente é que se confunde muito no meu ponto de vista com o próprio trabalho das relações dentro da equipe e que um processo de análise permanente do trabalho, do processo e das condições de trabalho [...] sistematizar uma visão que eu tenho do processo da educação permanente dos trabalhadores da saúde. Eu estou aqui indicando uma certa camada, uma certa vertente que seria a da atualização mais técnica do trabalho e de uma outra que para usar um termo mais técnico eu chamaria assim, um processo de propiciar situações reflexivas sobre o trabalho que poderia ter como finalidade posta, uma arguição permanente das condições de trabalho pelos próprios trabalhadores (G8 - médico).

No depoimento abaixo, um gerente descreve características da EPS que primeiramente deve partir do diagnóstico de necessidades dos trabalhadores, municípios e serviços, em segundo lugar buscar corresponder às necessidades levantadas por meio de estratégias criativas e participativas que possibilitem a reflexão dos participantes. Em terceiro, permitir a continuidade das atividades educativas por meio da supervisão e em quarto avaliar as atividades educativas e seu impacto no trabalho.

Aí em relação à educação permanente, das questões principais, uma, acho que é o diagnóstico das necessidades das necessidades não só dos trabalhadores, mas dos municípios, dos serviços [...] A outra questão é como responder a essa necessidade do ponto de vista da educação, que então precisamos ser criativos nas estratégias, de não ser só, por exemplo, no modelo mais formal do curso, da oficina etc, ou do curso por exemplo [...] Eu acho que o terceiro ponto é a supervisão, é a manutenção disso a médio prazo, então precisa caber tanto na formação das pessoas e a continuidade disso nas pessoas, nos supervisores, no gerente que é um outro ponto delicado. E acho que a quarta etapa aqui é a avaliação de tudo, do diagnóstico, da necessidade, da estratégia e da supervisão que acho que a gente também faz pouco relativamente (G4 - médico).

A EPS expressa uma concepção político-pedagógica para a melhoria das práticas no contexto dos serviços de saúde. É organizada para atender às necessidades vividas ou percebidas pelos trabalhadores por meio do diálogo, problematização das práticas e concepções vigentes com a análise do trabalho, das práticas e da articulação entre a formação, atenção, gestão e participação (Ceccim, Ferla, 2006).

Outro aspecto mencionado no relato acima é que a supervisão representa uma possibilidade de manter a continuidade das atividades

educativas para os trabalhadores. Simões, Garrido (2007) consideram que o conceito de supervisão remete a atividade de ajudar e orientar o desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador. Trata-se de um investimento na qualidade das práticas de saúde que confere segurança e satisfação profissional.

De acordo com Servo e Correia (2006), um dos objetivos da supervisão é manter a educação permanente dos trabalhadores da saúde através do constante acompanhamento do trabalho realizado para identificar as necessidades dos trabalhadores e do serviço.

Na atividade gerencial a EPS está vinculada à atividade de supervisão cuja finalidade também contempla as ações de desenvolver e capacitar o trabalhador no serviço. Correia, Servo (2006, p. 528), afirmam que:

Um dos objetivos da supervisão é manter a educação permanente dos trabalhadores da saúde através da constante avaliação do serviço realizado por estes, com propósito de identificar as necessidades de orientação e treinamento, no intuito de prevenir situações problemáticas.

A supervisão depende do vínculo com os trabalhadores para superar as limitações e os desafios para a assistência de enfermagem com qualidade tais como: o trabalho multiprofissional em equipes de saúde, a satisfação dos usuários, a qualidade de vida no trabalho e em sua essência, a capacitação dos trabalhadores (Cunha, 1991, 2008).

A supervisão como ação educativa está presente no relato de três gerentes e três trabalhadores, sendo que um já desempenhou atividade gerencial. Nos excertos a seguir a educação deve estar presente nas discussões sobre a realidade de trabalho e nos momentos de atividades de supervisão, o que possibilita a avaliação das práticas de saúde e a sua adequação sempre que necessário de modo que influencia a postura adotada pelo trabalhador no serviço.

Existem várias possibilidades, a mais corrente é aquele trabalho de educação que deriva da própria discussão do cotidiano do trabalho. Então eu diria que a dimensão educativa está presente talvez de forma principal no processo de discussão e supervisão do cotidiano do trabalho (G3 - médico).

Eu acho que ela tem que estar em todo momento, seja na supervisão [...] quer dizer a supervisão não pode ser só técnica, se ele acertou ou errou, se ele escreveu certo ou não. Mas é uma supervisão que está preocupada com a educação, é uma supervisão que vai procurar entender a atividade do trabalhador, que dúvidas ele tem, o que acha, o que deveria, o que não foi, o que é aquilo que aconteceu e por que sua frequência. Enfim, porque naquele momento da supervisão? Se for só técnica, voltada para o que deu uma injeção corretamente, isso é importante também, é óbvio saber em que quadrante vai administrar a injeção. Estou usando o exemplo da vacinação porque parece que não tem ali uma supervisão de educação quando a coisa é muito técnica. Mas tem, vai depender muito da visão do supervisor, então eu acho que essa educação tem que estar presente o tempo todo, mas tem que estar presente na cabeça do supervisor também, e se não está na cabeça do supervisor não está em lugar nenhum, porque não há uma relação horizontal ou vertical, que eu mando você faz. Não existe uma relação pedagógico-afetiva, você não pode querer acolher o paciente se não acolhe o trabalhador. Enfim, não há uma relação de acolhimento e respeito com o outro, quem é o outro, o que ele sabe, seus limites, suas possibilidades [...] (T18 – Educador)

[...] Acho que as atividades têm como resultado uma aproximação progressiva com o ato de compartilhar experiências. Porque o que eu faço são supervisões, no sentido mais clássico, quer dizer, cabe ao profissional supervisionado ser sensibilizado para que ele possa cada vez mais, progressivamente, reconstituir a experiência, da qual ele foi autor e agente, de tal maneira que possa ir percebendo que quanto mais autêntico ele pode recuperar esse relato, mais estará aprendendo. Estará aprendendo não para refazer aquilo que ele fez, mas para se sentir mais instrumentalizado para fazer diferente numa outra situação, preferencialmente com o mesmo paciente. Porque o trabalho processual é seqüencial e tem problemas de gerenciamento de pessoal. A gente sabe que é muito complicado você fazer avaliações de desempenho, você poder propor mais ativamente, rodízios, ou até demissões em casos extremos. Eu falo disso com alguma propriedade porque eu já participei, a sua primeira pergunta foi sobre a minha função [...] Eu já tive outras inserções aqui, somando as minhas duas gestões, eu estive oito anos como supervisora da equipe de saúde mental (T17- terapeuta ocupacional).

O mesmo trabalhador do relato anterior ressaltava a importância de se discutir a supervisão e a maneira como é realizada, devido sua influência no desenvolvimento do trabalho. Para ele a supervisão pode ser educativa, aspecto que se aproxima da EPS por considerar a possibilidade de mudança nas práticas de saúde através da participação social.

Você pode até começar discutindo a supervisão, e não necessariamente o trabalho do supervisionado. Então, eu acho

que isso dá margem para um dinamismo que pode ser muito interessante, para essa percepção. Para inclusive [...] a forma como é supervisionado reflete na forma como ele faz, no jeito como ele pode aprender mais, ou pode aprender menos. Porque não adianta você ter um modelo fixo de resultado, é claro que o resultado é importante, é sempre uma média. A mesma equipe, em outro contexto, exatamente vai ter outro resultado, em termos de impacto no trabalho. Então, eu acho que isso tem que ser tomado, assim, como uma filosofia do andamento da supervisão, da reciclagem, do treinamento, enfim, das várias modalidades... as várias formas de você desenvolver um trabalho educativo (T17 – terapeuta ocupacional).

A finalidade da concepção de EPS é a transformação das práticas de saúde (Ceccim, 2004a,b, Ceccim, Feuerwerkwer, 2004a,b, Ceccim, Ferla, 2006). No conjunto de depoimentos apenas quatro trabalhadores e dois gerentes referem o potencial das atividades educativas de trabalhadores para a transformação das práticas de saúde. Os relatos apontam que a transformação ocorre mediante a compreensão do processo de trabalho, seu contexto, instrumentos e finalidades.

Para o trabalhador em si é importante a atividade educativa pois muda o jeito de fazer o trabalho [...] (T13 – auxiliar técnico administrativo).

[...] eu acho que houve uma mudança também do perfil do usuário. Hoje ele é um usuário mais crítico, tem maior acesso à informação, isso também nos ajuda a pensar, a refletir, e ver realmente para o que o nosso trabalho está contribuindo. Acho que isso é uma coisa que o trabalhador sempre tem que estar pensando, em todas as áreas que atua, não só na consulta, nos grupos educativos, visitas domiciliares, para fazer sentido, para ter sentido, senão fica uma coisa vazia [...] Acho que tudo passa pela educação, a gente tem que ter essa sensibilidade tem que ter essa reflexão, esse pensamento. Os serviços têm que gerenciar, pensar, proporcionar isso, não como algo que pode acontecer ou pode não acontecer, quando der tempo de acontecer. Mas sim, como algo que é importante, que favorece, que aprimora, que qualifica, que transforma esse trabalhador. Um bom trabalhador, qualificado, faz uma diferença enorme para o serviço, para a assistência e para o usuário [...] Não só qualificar os trabalhadores, mas uma reflexão de como essa atividade pode transformar o trabalhador em algo melhor (G7 - enfermeiro).

[...] acho que nesses momentos é preciso começar a incluir a educação, não só um tema em si, mas o que tem por trás desse tema, que para mim é a educação, a coisa da cidadania. O direito vem junto com a educação, com o dever, e para mim o dever tem muita relação com isso, uma coisa fundamental [...] Bom eu acho que várias coisas são importantes, uma delas é as pessoas entenderem o local onde trabalham. É fundamental entenderem a que se propõe o trabalho onde está inserida, qual é a expectativa,

não do trabalho dela, mas do local de trabalho mesmo. É uma coisa importante, então o treinamento tem que estar voltado tanto para isso, quanto para a qualificação pessoal mesmo. Temos trabalhos mais específicos, uma enfermeira tem um trabalho que é da enfermeira específico, e dentro da atividade dela tem ações específicas do local de trabalho (T16 – técnico de informática).

No relato anterior o trabalhador se refere à educação para o trabalho em saúde como um campo de saberes que inclui a dimensão da cidadania e tem como núcleo a qualificação profissional em áreas específicas. Segundo Campos (2000), a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos. O núcleo seria a aglutinação de conhecimentos e de um padrão de produção que marca uma área do saber e prática profissional e o campo se constitui como um espaço de limites imprecisos mais amplo onde se busca apoio para cumprir tarefas teóricas e práticas.

5.2.3 As atividades educativas para trabalhadores revelam a concepção tradicional de educação

As mudanças no trabalho trazidas pelas transformações no ambiente, por novas tecnologias, mudanças sociais e do perfil epidemiológico da população tornam necessário o desenvolvimento de ações de EC para adequar a formação dos trabalhadores com a realidade prática dos produtos e serviços (Luz, 2000). Os serviços de saúde e seus trabalhadores precisam acessar constantes e dinâmicos meios de atualização dos conhecimentos. A EC é um meio pertinente por possibilitar a aquisição de conhecimentos para a capacitação e desenvolvimento de trabalhadores de acordo com a realidade social e da instituição (Bezerra, 2000).

No grupo de entrevistados sete trabalhadores e um gerente apresentam a concepção tradicional de educação que se aproxima da EC. Este grupo é representado por: enfermeiro, auxiliar técnico-administrativo,

auxiliar de consultório dentário, técnico de informática, fonoaudiólogo, dentista e assistente social.

A EC preconiza a atualização profissional mediante demandas pontuais de desenvolvimento, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, freqüentemente desvinculadas das necessidades de saúde. Contudo, as atividades de EC são importantes para a consolidação do SUS, visto que podem, em alguma medida, “aproximar o vácuo existente entre a formação e a real necessidade do sistema de saúde” (Pedroso, 2005, p.92).

Nos relatos a seguir um trabalhador e um gerente que possuem a concepção de educação tradicional afirmam que as atividades educativas de trabalhadores da saúde devem estar voltadas para a atualização e reciclagem dos saberes relacionados ao desenvolvimento de seu trabalho.

Acho que a atividade educativa é fundamental, você tem que estar se atualizando, se reciclando, porque as coisas mudam rapidamente e a gente também tem que ter essas informações ao mesmo tempo, senão fica complicado, acho que tem que ter isso, atualização constante (T4- assistente social).

Acho que a gente tem que estar sempre se atualizando, reciclando a equipe como um todo, para trazer não só para os alunos, mas também para o paciente, sempre o melhor que temos para oferecer em termos de atendimento de recepção. Enfim para a gente melhorar a nossa atuação, a gente precisa estar se inserindo em atividades educativas, e não só isso. Eu acho que a gente melhora a nossa segurança, a gente melhora a nossa qualidade de trabalho em termos de conforto mesmo. Então se você vai fazer uma atividade de um jeito, que te desgasta muito, se tem uma outra forma de fazer aquilo sem se desgastar muito, eu acho que é melhor. Eu acho que a gente tem que estar sempre buscando se atualizar, melhorar nossa formação, melhorar a nossa qualidade de trabalho. O que a gente vai dar de fruto para o trabalho e o quanto aquilo é um benefício para nós (G6 – fonoaudiólogo).

Como discutido anteriormente, a concepção tradicional da educação convive com a concepção emancipatória. No grupo de entrevistados, cinco gerentes e dez trabalhadores expressam esta composição da educação no trabalho.

Os próximos relatos revelam o caráter complementar das concepções tradicional e emancipatória. Os depoentes consideram imprescindível o desenvolvimento de atividades voltadas ao rigor técnico-científico veiculado

predominantemente em ações educativas tradicionais, na vertente da EC, juntamente com a reflexão sobre as práticas de saúde com a participação dos trabalhadores, usuários e gerentes para a construção coletiva de novos saberes necessários para o trabalho em saúde característica da EPS.

O aspecto educativo eu acho essencial, transmitir experiências e se atualizar. Eu não posso achar que a minha experiência é suficiente, lógico que não é, tem coisas novas que estão sendo colocadas. Então, eu acho que essa questão técnica é muito importante. Essa questão dessa tecnologia que não é médica, e que tem a ver com o manejo, mas tem a ver também com o desenvolvimento tecnológico, um saber instrumental, de você eleger outras atividades e dialogar a respeito (T17 – Terapeuta ocupacional).

Segundo o entrevistado as atividades tradicionais estão relacionadas ao saber instrumental presente nas técnicas de saúde. A técnica pode ser definida como a maneira julgada correta de se executar uma tarefa e se estiver fundamentada em princípios cientificamente estabelecidos, ela se denomina tecnologia (Saviani, 2000).

No próximo excerto uma gerente problematiza a dificuldade de se realizar atividades completamente emancipatórias devido à falta de tradição da participação de trabalhadores em espaços de discussão para os quais se sentem inseguros e sujeitos à críticas dos pares. Concomitantemente a entrevistada aponta a importância de haver espaços de reflexão alternados com momentos mais normativos para aprofundar os saberes técnicos contextualizados às práticas desenvolvidas no serviço.

[...] cursos de atualização numa concepção bastante bancária de colocar um monte de gente numa sala, falar do assunto e passar uns slides e na hora parece que o curso é legal, mas eu sinto que elas não se apropriam muito, é porque parece que as perguntas são sempre as mesmas e parece que não incorporou o conhecimento [...] Mas eu acho que essas conversas muito ampliadas trazem certa inibição de perguntar, de ser ridicularizado. Então o pessoal mais ouve e pronto, do que participa. Não é muito fácil, e também sei, tem prazos para [...], o ministério cobra que essas capacitações sejam feitas num volume grande para a cidade inteira. Então assim, a secretaria tem trabalhado com essa estratégia, mas não sei o quanto ela é eficaz, mas não pode dizer que eles não foram informados sobre hipertensão e diabetes, porque foram [...] Tem que ter um momento de reflexão e tem que ter um momento de aprofundamento técnico, você ficar só na reflexão, não avança.

Tem que ter um momento onde você oferece um algo a mais, aí não precisa ser necessariamente uma aula explicativa, mas de repente um texto bom, uma leitura de um texto que complementa, que fundamenta, ou porque não uma aula expositiva, pode ser também? Uma aula expositiva que junte aquilo que ficou pendente pode ser também, não há nenhum problema, o que eu não acho é que a gente não deve rechaçar nenhuma coisa nem outra. Acho que a composição ela é a melhor. Há assuntos, por exemplo, que se você colocar uma aula teórica fica horrível, o melhor é que seja prática e você vai fazer contextualizando ao fazer. Há coisas que você precisa primeiro refletir para depois aprofundar, então acho que vai muito do assunto, o assunto que vai lhe dizer qual é o melhor caminho, e você ter o mínimo de conhecimento do grupo (G5 - enfermeiro).

5.3 Levantamento de necessidades dos trabalhadores e gerentes

Como apresentado no referencial teórico, entende-se que o levantamento de necessidades para as atividades educativas de trabalhadores da saúde ocorre a partir da problematização da prática cotidiana do trabalho (Ceccim, 2005b; Faria, 2008). Esta é uma estratégia pedagógica adequada para o desenvolvimento do trabalho, pois articula as ações do serviço com a presença e integração de seus diferentes agentes, mediante inquietações e promove autonomia, aliada a busca de mudança na realidade investigada (Silva, Tavares, 2004).

A busca ativa por cuidados de saúde nos serviços pode ser reconhecida como demanda ou consumo cuja origem é o carecimento, falta de algo, sobre o qual são realizadas intervenções que são caracterizadas como necessidades de saúde. O contexto da atenção à saúde é instaurador de necessidades, pois o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição dos serviços será resposta e mobilizador de necessidades. “Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000, p.30).

As necessidades sociais são criadas e recriadas na vida em sociedade como um bem comum, e não de um indivíduo particularmente. Contudo, como a origem das necessidades nem sempre está nos indivíduos e seu modo de viver, seu reconhecimento perde o caráter histórico social e passa

pelo processo de reificação (coisificação das necessidades) (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000).

Cecílio (2001), aborda as necessidades de saúde em quatro conjuntos: condições de vida satisfatórias relacionadas ao processo saúde-doença sob a ótica do modo de inserção social; acesso ao consumo de tecnologias de saúde que prolonguem a vida; estabelecimento de vínculos entre usuários e trabalhadores do serviço de saúde; desenvolvimento da autonomia dos usuários. Dada à variedade nas formas de se captar as necessidades de saúde, a integralidade da atenção está presente no esforço e compromisso da equipe de saúde em captar, reconhecer, traduzir, atender e satisfazer as necessidades da melhor forma possível, isto é, de forma ampliada por referência a concepção consagrada biomédica e contextualizada.

As necessidades de saúde manifestam-se nos indivíduos, mas resultam de um processo de construção e legitimação social (Mendes-Gonçalves, 1992). O mesmo pode ser referido em relação às necessidades de educação no trabalho que são reconhecidas como pertinentes com base em um processo social que as configura, em sintonia com as concepções de educação, necessidades de saúde, trabalho, trabalhadores do serviço e organização vigente. Assim, o levantamento de necessidades de atividades educativas de trabalhadores está relacionado com o processo de trabalho, modelo assistencial dos serviços e segundo a concepção de EPS é realizado com base em um tripé: usuários/população, trabalhadores e serviço, gerência e gestão (Haddad, Roschke, Davini, 1994).

O material empírico desse estudo revelou que o levantamento de necessidades para atividades educativas de trabalhadores da saúde ocorre de diferentes modos: reflexão sobre as práticas de saúde, demandas da população/ usuários da área de abrangência do serviço, demandas externas da SMS e ou Coordenadoria Regional de Saúde, dificuldades técnicas para realizar o trabalho e ação gerencial.

5.3.1 Reflexão sobre as práticas de saúde

Oito gerentes e quinze trabalhadores afirmam que as necessidades para as atividades educativas de trabalhadores são identificadas por meio da reflexão sobre as práticas de saúde no cotidiano de trabalho, no transcorrer da execução das ações de saúde, em conversas informais com companheiros de trabalho e nas reuniões.

A reflexão sobre as práticas de saúde possibilita o reconhecimento da estreita relação entre trabalho, educação e trabalhadores. Ao pensar sobre o processo de trabalho, suas expectativas, tensões, facilidades e dificuldades relacionando-os a novos saberes, os trabalhadores constituem um processo de aprendizagem significativa no trabalho. Com ela são elaborados significados próprios das situações vivenciadas a partir das interações estabelecidas e das ações realizadas. Desse modo, as necessidades que emergem da realidade de trabalho mobilizam a reflexão dos trabalhadores sobre as práticas de saúde.

Pode-se relacionar o processo de levantamento das necessidades de atividades educativas de trabalhadores da saúde com a aprendizagem significativa que segundo Freire, (1981, 2000, 2005) está baseada na experiência do aprendiz e não se refere à transferência de conteúdos, mas a possibilitar que o conhecimento seja construído com os sujeitos da ação em um processo dialogado que considere suas experiências e os saberes prévios.

Para Miras (1998) os conhecimentos prévios são os fundamentos da construção de novos significados, por isso quanto mais relações forem estabelecidas entre os conhecimentos prévios e os novos saberes, mais significativa será a nova aprendizagem. Neste processo de construção do conhecimento, o trabalhador se torna um participante ativo, reflete sobre suas experiências e aprimora aquilo que é capaz de pensar, fazer e compreender com qualidade e possibilidade de mudanças. O auxílio de outros na atribuição de significados pode ampliar e tornar os novos saberes culturalmente mais relevantes.

A educação bancária bloqueia a capacidade de reflexão crítica dos indivíduos enquanto a educação dialógica emancipatória possibilita a libertação da dominação por meio de processos interativos grupais sobre as práticas vigentes pautados na capacidade argumentativa e de uma postura interrogadora sobre o mundo (Freire, 1981, 2000, 2005).

Nos depoimentos a seguir os trabalhadores ressaltam a importância do levantamento de necessidades para as atividades emergirem do trabalho cotidiano, para que a partir da sua reflexão ocorra à busca do conhecimento teórico. Freire (2000) afirma que a pertinência da educação está relacionada aos sentimentos que mobiliza, assim as situações que envolvem insatisfação, ansiedade, esperança e/ou animação podem motivar para as ações dos trabalhadores.

Eu acho que quando você propõe uma atividade que surge ou emerge da própria atividade do trabalhador, ela tem mais efeitos positivos do que propor alguma coisa que você resolveu sem a participação dos interessados. Eu acho que quando emerge da própria atividade, ela tem um efeito melhor, então acredito nisso, quando parte da prática [...] você estar em uma atividade educativa partindo da prática mesmo. Isso acho que é fundamental, que a partir da realidade de trabalho a gente possa refletir, porque fica mais ligada a prática mesmo, porque é uma teoria que você põe na atividade e aí você faz o movimento contrário e chega a teoria, eu acho importante esse fato (T10 - psicóloga).

[...] em vez de vir de cima para baixo, da base para cima, acho que mostra mais empenho dos trabalhadores, mais reflexão [...] Acho que partindo deles a necessidade, o envolvimento é maior, o que não quer dizer que não se envolvam nas atividades que vem de cima para baixo. Acredito que a motivação é maior quando surge da necessidade dos próprios trabalhadores (T9 - psicóloga).

Este resultado corrobora com a concepção de EPS, pois esta preconiza a reflexão dos trabalhadores sobre as práticas de saúde para o levantamento de necessidades para as atividades educativas. De modo correlato a EC também pode ser estabelecida a partir de necessidades trazidas pela reflexão dos trabalhadores, Luz (2000) realizou uma pesquisa para verificar como estavam sendo desenvolvidas as atividades de educação continuada nas 22 instituições hospitalares, vinculadas à Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem

(SOBRECEn) e constatou que dentre 11 meios utilizados para o levantamento de necessidades visando à elaboração dos programas de atualização nos hospitais pesquisados, destaca-se a solicitação setorial, refletindo o reconhecimento por parte dos profissionais das unidades e serviços, em relação às atividades desenvolvidas pela educação continuada.

Estudo recente da Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) realizado no estado de São Paulo ao longo de 2005 e 2006 (Viana et al., 2008) aponta a necessidade de se desenvolver tecnologias que tomem o ambiente de trabalho como espaço privilegiado de educação através de metodologias de ação-reflexão-ação de modo que as necessidades colocadas nesse processo contribuam para a organização do serviço e das atividades educativas.

No próximo excerto, um gerente aponta que o serviço encontra-se em transição para um processo de levantamento de necessidades que seja contextualizado ao serviço e às necessidades dos trabalhadores, embora ainda predomine o reconhecimento de necessidades de atividades educativas de trabalhadores externos a eles próprios e ao serviço. Para que haja mudança é necessário discutir as relações e a sua articulação com o trabalho.

Hoje nós estamos focados mais no que os outros acham que precisamos, mas nós estamos caminhando para o que a gente acha que precisa. Então acho que ficamos parados quando fazemos cursos que os outros julgam necessário, sem pensar se realmente precisamos desse curso. Porém nós não estamos naquele momento em que sabemos o que precisamos e vamos batalhar por isso daqui, entendeu? Acho que falta essa discussão das relações, mesmo da articulação com o trabalho (G5 - enfermeiro).

Ao assumir o trabalho como princípio educativo parte-se do pressuposto que o trabalhador realiza atividades adequadas a um fim e traça objetivos mediante as necessidades de capacitação que possui, assim como a partir das necessidades dos usuários/população. Deste modo, o trabalhador se transforma como sujeito e agente da história, incluído nas decisões tomadas no serviço por meio do diálogo permanente que possibilita compreender o trabalho como meio de emancipação.

Freire (2005) definiu o diálogo como um encontro de seres humanos para estabelecer um agir comum por meio do pensar crítico para possibilitar a compreensão e captação da realidade como um processo histórico em constante transformação. A informação adequada instrumentaliza os sujeitos para o exercício da reflexão, problematização da realidade vivida e, conseqüentemente, para os processos de tomada de decisão.

O diálogo nos serviços de saúde representa uma tecnologia essencial não só para o resgate do autocuidado e compreensão do processo saúde-doença como para o desenvolvimento de processos que estimulem a emancipação dos sujeitos. O diálogo deve se constituir como um fim das práticas de saúde porque horizontaliza as relações entre trabalhadores e usuários valorizando-os (Mandu, 2004).

A EPS é estabelecida por meio de estratégias dialógicas que viabilizam a aprendizagem no trabalho com a incorporação de novos conhecimentos no cotidiano. Assim, a educação no trabalho se dá a partir da reflexão sobre as práticas em espaços de construção coletiva de consensos e debate sobre os problemas enfrentados nas ações de saúde. Consensos alcançados com base na argumentação intersubjetiva dos sujeitos envolvidos.

5.3.2 Demandas da população/usuários da área de abrangência do serviço

Sete gerentes e quatro trabalhadores apontam que o levantamento das necessidades para as atividades educativas de trabalhadores é realizado com a participação dos usuários/população. “A participação facilita o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder de reivindicação e a prepara para adquirir mais poder na sociedade” (Bordenave, 1985, p.12), desse modo transforma os indivíduos em sujeitos ativos e críticos. Trata-se de uma necessidade fundamental do ser humano, inerente à sua natureza social e possui duas bases complementares, uma

afetiva devido o prazer de fazer coisas coletivamente e outra instrumental, porque fazer as coisas com os outros é mais eficaz (Bordenave, 1985).

A participação é um termo polissêmico que retrata o contexto político no qual se estabelece. Pode ser entendida por meio de diversos sentidos: manipulação ideológica para legitimar o poder político; mão-de-obra barata quando o Estado utiliza a participação popular para a construção de moradias e escolas responsabilizando a população por sua situação; facilitadora da ação médica, com aceitação das intervenções propostas e recomendadas; subversão quando não é iniciada pelos detentores do poder; promoção popular na direção da cidadania. Também pode ser entendida como ajuste a uma nova realidade descentralizada que transfere responsabilidades de instâncias centrais para as locais; como complemento do Estado, dada sua incapacidade de resolver todos os problemas, a exemplo do estabelecimento do sistema de saúde suplementar que reduz os custos de saúde do governo; participação da sociedade civil nas privatizações. O último e mais importante de seus sentidos é a participação para a democracia na busca da cidadania e alternativas das políticas de saúde. Este envolve a participação comunitária de espírito contestador e crítico ao poder para induzir mudanças aos padrões dominantes dos programas e políticas de saúde aliada à organização democrática que busca a construção de alternativas reais para mudar o sistema de saúde. A participação como um meio de transformar o setor da saúde pode contribuir para o fortalecimento da AB, facilitar a coordenação das atividades no setor da saúde desde o âmbito local com a territorialização, e a construção da perspectiva integral da saúde (Briceño-León, 1998).

Devido à importância da participação social, esta integra o item III do artigo 198 da seção II da Constituição Federal como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e também a Lei Orgânica da Saúde, nº8080/90 que regulamenta o SUS. A regulamentação da participação da população por meio de duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde é tratada na Lei Complementar 8.142/90 (Correia, 2000). Os conselhos gestores são o maior exemplo desta modalidade de participação social institucionalizada em nível local e compõem um sistema de co-gestão

e controle social tripartite (50% são representantes dos usuários, 25% da gestão e 25% dos trabalhadores) das políticas de saúde, articulando desde os Conselhos Gestores de equipamentos básicos de saúde até o Conselho Nacional, regido pela Conferência Nacional de Saúde (Crevelim, Peduzzi, 2005).

A participação social está diretamente relacionada à instauração de necessidades para as atividades educativas de trabalhadores da saúde, pois estimula a postura crítica dos usuários/população frente à realidade dos serviços de saúde. No próximo excerto um gerente afirma que há dois modos de captar as necessidades dos usuários/população do território: o diagnóstico epidemiológico e a apresentação direta de necessidades pelos usuários atendidos que de acordo com Pinheiro (2001), está relacionada à sua concepção sobre o processo saúde-doença.

Quando a gente fala a partir das necessidades dos usuários a gente tem os dois caminhos principais de ausculta disso. Uma mais mediada, que é a epidemiológica, na qual incluiria essa questão da violência contra a mulher, em que há estudos, a partir de levantamentos de prevalência, de violência e se viu que era uma necessidade. Quer dizer, esse é um jeito de você auscultar necessidades populacionais e a outra é no atendimento direto, essa ouvidoria permanente que temos aqui, não no sentido formal das queixas que a gente também tem aqui no balcão, mas da percepção (G8 - médico).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000 p. 30), afirmam que “o modo de organizar socialmente as ações de saúde [...] será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades”. Para estes autores, as necessidades sociais podem ser originadas na vida em sociedade a partir da noção sanitária de risco em determinado território.

Pinheiro (2001), ressalta a importância de se rever a organização das práticas de saúde e de medicina numa dimensão mais ampliada, pois para que não haja incompatibilidade entre a oferta de serviços e as demandas apresentadas é preciso reconhecer o contexto social, econômico e cultural. A construção da relação entre a oferta e demanda dos serviços é resultado de contradições presentes no cotidiano entre trabalhadores e usuários que possui nexo recíproco com as práticas de saúde devido seu potencial em revelar o contexto social e os problemas que envolvem o serviço.

Nos próximos depoimentos, três trabalhadores consideram que a população apresenta necessidades que são geradas pelos próprios serviços de saúde de acordo com os programas de saúde oferecidos e/ou atendimentos realizados, portanto apontam que o modo de organização do trabalho é instaurador de necessidades. Assim, há um processo recíproco entre a conformação de demandas ou necessidades de usuários/população e da organização do trabalho e processo de trabalho em saúde.

[...] você trabalha com mulher e você tem os programas, o programa de saúde e envelhecimento. Então dentro desses programas o próprio serviço se organiza para atender necessidades que já são clássicas, como planejamento familiar, pré-natal para discutir parto e aí você vai organizando onde coloca essas discussões, se em grupo, ou individual. Agora eu acho que a alimentação também é um pouco da demanda sentida pela população. É uma coisa essencial essa história do bem estar, do viver bem, qualidade de vida, dentro de um projeto de qualidade de vida a questão da alimentação, de perder peso, de ganhar peso enfim (T18- educador).

[...] mas as pessoas não tem bem essa necessidade, mas na verdade essas ações educativas visam ampliar necessidades, então passa a ser uma necessidade da população, quer dizer, a população não tem uma necessidade geral de saúde. Ela é criada, pelo próprio sistema médico ou serviço de saúde que cria essas necessidades, aí as pessoas vem e procuram aquilo, conforme foi oferecido (T10 - psicólogo).

Acho que todo o sistema mudou, os hospitais fecharam para uma parte dos pacientes que atendemos. Antes os hospitais atendiam esse tipo de paciente que ia ao hospital somente na hora de uma febre e nunca mais fazia acompanhamento. Aí eles caem numa unidade básica, por causa de uma febre, e aí a necessidade deles são tratar aquilo com antibiótico e tratar a febre. Conversando conosco já descobrem que eles precisam também de um papanicolau, de emagrecer, de praticar exercícios físicos, Tai Chi Chuan, porque estão muito tensos. Então aumentou muito o nosso trabalho, porque não só a gente pega o que um hospital faria, que era dar um anti-térmico e um antibiótico se necessário, mas eles não iam olhar que a pessoa estava tensa e com enxaqueca e precisando de Tai Chi Chuan [...] e aí eles não iam fazer Tai Chi no hospital, e a gente faz Tai Chi aqui (T23- auxiliar de enfermagem).

Dois gerentes e quatro trabalhadores consideram a pertinência do diagnóstico epidemiológico da área de abrangência do serviço na definição das necessidades das atividades educativas de trabalhadores da saúde.

Um grupo que a gente faz todo começo de ano é o de diagnóstico de área. Nesse grupo primeiro a gente faz as reuniões em equipe,

cada equipe faz a sua, é feito um levantamento de todas as necessidades reais dessa população, dessa micro-área, e depois do levantamento, a gente vai para a população, marca um dia de reunião e discute, o que estamos pensando em fazer e o que eles querem. O ano passado a gente fez uma experiência, eu tenho mais ou menos na minha área 3200 pessoas, foram 14 pessoas. Houve uma divulgação em massa, escrita, de porta em porta, em consulta, em cartazes. Procuramos saber com os agentes que conversaram com a população o melhor horário e local, discutimos todas as necessidades da micro-área, e vieram 14 pessoas. Foi bom, porque 14 pessoas para a UBS é histórico, temos muitas necessidades de melhorias, nos próprios equipamentos, nas escolas, nas creches, em vários locais (G10 - enfermeiro).

Você tem que saber selecionar, qual informação é pertinente ao seu universo [...] a primeira coisa que tem que ter é o diagnóstico em saúde, faz olha, tem tanto, então vamos investir nisso e não só falar. “Ah vamos fazer hemograma com dois meses, porque as mães gostam de dar sulfato ferroso para criança e eu quero ganhar voto”. Não tem sentido nenhum, a gente percebe pela demanda, para identificar na prática, porque você não tem como esgotar, [...] a atenção primária depende do território e você acaba estudando mais o que é mais prevalente na sua população (T2 - médico).

Porque antes era assim, a gente tinha a demanda que chegava no balcão, e os dados epidemiológicos, não tínhamos uma visão tão precisa aqui da comunidade. Hoje com o trabalho do agente de saúde, você vai lá cadastra, tem a ficha individual de cada morador, tem um banco de dados, então você sabe morbidade, mortalidade e pode falar – olha diabetes e hipertensão é importante porque tem 1500 aproximadamente, hipertensos outros tantos 400, 500 – então têm uma demanda, e assim vou dizer que seria desejável ter um domínio nesta área porque tem uma demanda muito grande e assim por diante (T20 – educador).

Assim sendo, a circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde também se configura como um contexto de instauração e reconhecimento de necessidades de educação no trabalho.

No que se refere à participação social merece destaque, no conjunto de depoimentos deste estudo apenas um gerente afirma que as necessidades de saúde dos usuários são colocadas no conselho gestor e considera que não há tradição de participação do usuário neste espaço.

[...] dispara de todos os eixos, ou vem de dentro, ou do lado, ou vem de fora, às vezes é o usuário que traz a dica, no Conselho Gestor, então vem de todos os lados. O usuário não tem voz, e quando você dá lhe dá o direito de fala, ele também não sabe exatamente o que quer. Então a gente precisa exercitar esse diálogo, porque senão ele vai repetir o discurso que falamos para ele (G5 - enfermeiro).

Este resultado corrobora com a afirmação de Gohn (2003), segundo o qual a falta de operacionalização plena do conselho gestor e conselhos de saúde deve-se à falta de tradição participativa da sociedade civil, da curta trajetória dos conselhos, desconhecimento da população de suas possibilidades e sua inexistência ou falta de exercício prático. Os conselhos gestores são conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil organizada. Constituem canais de participação que articulam representantes da população e membros da gestão para a negociação de conflitos e produzir inovações com possibilidades de ampliação do controle do Estado pela população e potencial de transformação política. Nestes conselhos está a possibilidade de reordenação das políticas públicas na direção das formas democráticas com o papel de mediador na relação sociedade/Estado (Gohn, 2003).

De acordo com a mesma autora, a participação pode ser analisada segundo três níveis: o conceitual, o político e o da prática social. O primeiro varia segundo o paradigma teórico, o segundo pode ser associado a processos de democratização e busca de interação social em políticas de controle social. O terceiro relaciona-se ao processo social nas lutas, movimentos e organizações.

Bobbio, Matteucci, Pasquino (2004) também consideram que a participação social possui três dimensões. A primeira é política, presença que envolve comportamentos passivos, como a presença em reuniões; a segunda é ativação, na qual o sujeito desenvolve atividades que lhe são delegadas; e a terceira é a participação propriamente dita, que ocorre quando o indivíduo contribui para uma decisão política.

Com base nos conceitos de participação social apresentados pelos autores referenciados pode-se dizer que o controle social está relacionado a um processo de democratização dos direitos mediante o debate sobre a política de saúde vigente com a participação dos usuários.

Refere-se à capacidade da sociedade civil, ou seja, da população de interferir sobre as ações da gestão pública e do Estado na direção dos interesses da coletividade, por meio de canais democráticos e de

participação social (Correia, 2000). Trata-se do “direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde” (Ceccim, Feuerwerker, 2004a, p. 43).

Nesse sentido os usuários e população do território também deveriam ter voz no que se refere à dimensão técnica e interativa do processo de trabalho em saúde, participando da construção de consensos sobre as ações de saúde e as ações gerenciais das UBS, incluindo as ações educativas de trabalhadores da saúde por meio de um processo de emancipação.

5.3.3 Demandas externas da SMS e ou Coordenadoria regional de Saúde

Cinco trabalhadores e cinco gerentes afirmam que predominam as demandas externas ao serviço para as atividades educativas dos trabalhadores da saúde a partir da Secretaria Municipal de Saúde. Ressaltam a importância de analisar se estas correspondem a necessidades também identificadas na prática cotidiana, de acordo com a realidade do serviço e sua área de abrangência para corresponderem efetivamente às necessidades dos trabalhadores, usuários, população e serviço.

As demandas para capacitação não devem ser definidas somente a partir de uma lista de orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, a partir dos problemas de organização do trabalho considerando a necessidade de prestar atenção à saúde relevante e de qualidade. A partir da problematização do processo e da qualidade de trabalho em cada serviço de saúde, são identificadas as necessidades para as atividades educativas de trabalhadores garantindo sua relevância (Brasil, 2003).

A CIES configura um espaço adequado de pactuação das atividades educativas de trabalhadores para o município de São Paulo mediante a participação de representantes das instâncias de gestão e formação do nível

local. Contudo, os resultados da pesquisa de Viana et al. (2008) a respeito da avaliação das estratégias de qualificação dos recursos humanos na atenção básica mostram que ainda é preciso um tempo para que a atuação da CIES se consolide, pois os coordenadores da atenção primária reconhecem o distanciamento entre a realidade e as necessidades do Município no que se refere à capacitação dos trabalhadores da saúde.

O mesmo estudo mostra que um dos entraves para as atividades educativas de trabalhadores é a falta de planejamento integrado da capacitação com o funcionamento das equipes de PSF. Assim, aponta a importância de incorporar tecnologias que tomem o ambiente de trabalho como espaço de aprendizagem de modo que as necessidades originadas no contexto do trabalho contribuam para organização do serviço.

[...] chega alguém da prefeitura que não pensa na realidade e fala que vai ser assim! Às vezes chega desse jeito! A gente percebe pela demanda, para identificar na prática, porque você não tem como esgotar, a atenção primária depende do território e você acaba estudando o que é mais prevalente na sua população que você identifica de acordo com os atendimentos. A gente até sabe, mas lembramos principalmente o que é mais urgente, são os casos que aparecem mais, tem casos que aparecem muito. Seria mais confortável saber mais esses casos, porque é uma regra da atenção primária você trabalhar com a insegurança o tempo todo, porque você tem um leque muito grande de opções, agora se você fizer a incidência cumulativa dos diagnósticos mais prevalentes, você tem 24 até chegar nos 50% que você mais atende. Então pelo menos dos 24 diagnósticos mais básicos você faz 50% enquanto o oftalmo só faz 3. Então a gente acaba identificando pelas demandas dos usuários, principalmente as que se repetem (T2 - médico).

Estudo recente de Peduzzi et al. (2009) sobre atividades educativas para trabalhadores da saúde na atenção básica mostra que predominam demandas externas ao serviço o que revela a dificuldade das UBS pesquisadas gerarem suas próprias demandas de atividades educativas, por meio da identificação de necessidades, em termos locais. A presença marcante de demanda externa pode ser atribuída, em parte, à organização do processo de trabalho e também à estrutura e ao porte das UBS, que contam com reduzido pessoal de apoio direto à gerência do serviço, o que dificulta a operacionalização da educação no trabalho como um instrumento do processo de trabalho gerencial.

Agora todos os cursos que são oferecidos mesmo nesses pacotes, têm muito a ver com a nossa realidade, não tem nenhum que possamos questionar porque está sendo oferecido. Não tem nenhuma coisa estranha incompatível com a necessidade do serviço ou do funcionário, o pior é ele não ter conhecimento, não ter experiência, mas às vezes há necessidade de atualização [...] Mesmo que seja por meio dos inconvenientes pacotes que chegam e não são optativos. Quem mandou o pacote não quer saber quantos estão de licença médica ou de férias, aí você precisa equacionar com a demanda dos usuários, com a inscrição, então alguns momentos no começo do ano isso pode acontecer. Você acaba equacionando e evidentemente sobrecarregando quem fica aqui no serviço, a coisa é bem fragmentada e não tem como a secretaria saber, quando ela manda um pacotinho desses daí, a realidade de cada unidade, bateu lá na teclinha e apareceu na telinha dele para saber qual é a nossa realidade naquele momento, isso daí não tem como, mas é uma coisa que a gerencia consegue administrar, a enfermagem, os demais profissionais acabam conseguindo uma maneira de equacionar e atender, fazer o curso e atender a demanda do serviço no dia a dia [...] Então quer dizer, o ideal é você partir da realidade da população, do funcionário e pensar a educação em cima dessa realidade, e isso daí, por exemplo, por meio de pesquisa com os funcionários mesmo. Quais são as suas necessidades? Normalmente esses cursos aí não são colocados dessa forma, vem um pacotinho pronto e eu me inscrevo. Então ainda, a instituição como um todo, não conseguiu transformar um conceito numa prática. De uma forma resumida, para você conhecer a realidade dos funcionários e as necessidades dos funcionários, a realidade e a necessidade da população e de você repensar a educação em cima dessa necessidade. Nem sempre a gente consegue fazer isso (T20 – educador).

No relato anterior o trabalhador faz referência à ‘pacotes’ que expressam o sentido de algo fechado, estranho ao contexto. Os relatos mostram que em algumas situações trabalhadores e gerentes percebem as atividades educativas de trabalhadores que tem origem em nível central, seja regional, municipal, estadual ou federal como algo que está desconectado da realidade cotidiana do serviço. O ‘pacote’ não é optativo no sentido de adequação a situação de trabalho na unidade, assim a pertinência da atividade educativa de trabalhadores da saúde que tem origem externa ao serviço deveria ser analisada e discutida de forma compartilhada entre gestores, gerentes locais e trabalhadores.

Eu considero isto muito importante, não só hipertensão, porque a secretaria prioriza, todo ano tem hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. E aquelas pessoas que não tem esse problemas? A minoria que tem outros problemas, também tem que

ser alcançada pelos nossos conhecimentos (T21 – agente comunitário de saúde).

O depoimento acima também indica que as atividades educativas para trabalhadores geralmente ocorrem a partir de ‘pacotes’. Ceccim e Feuerwerker (2004a) afirmam que os ‘pacotes’ originam capacitações de forma verticalizada relacionados a campanhas ou programas de saúde pública que implicam na realização da atualização para qualificação dos trabalhadores. Ao chegarem aos serviços, às mãos dos gerentes locais, esses pacotes usualmente são interpretados com outro sentido para os trabalhadores e para o próprio gerente tornando-se, portanto, necessária a priorização de alternativas que valorizem o encontro entre profissionais de saúde, gestores, movimentos sociais, usuários e instituições de formação.

As capacitações originárias de demandas externas também dizem respeito para aos trabalhadores do SUS, pois estão pautadas em diagnósticos epidemiológicos, diagnósticos situacionais e necessidades de saúde, identificadas pelas instâncias governamentais de planejamento como a CIES que busca articular a educação aos serviços. Referem-se em especial, às intervenções propostas pelas políticas de saúde implantadas para o contexto nacional, estadual, municipal ou regional, macrossocial, portanto, são legítimas, mas precisam ser adequadas/traduzidas para o plano microssocial dos serviços, trabalhadores, usuários/ população do território e do processo de trabalho.

5.3.4 Dificuldades técnicas para realizar o trabalho

Três gerentes e cinco trabalhadores consideram a importância de discutir os problemas e as dificuldades técnicas (instrumentais) para realizar o levantamento de necessidades para as atividades educativas.

Segundo os próximos relatos algumas ações educativas são estruturadas a partir de dificuldades técnicas cujo domínio é fundamental para o desenvolvimento do trabalho com resolubilidade. Para este grupo de

depoentes a atualização do saber instrumental deve ser realizada constantemente, devido o seu potencial de fornecer domínio na execução dos procedimentos de saúde.

No caso dos auxiliares de enfermagem, nós tivemos um grupo contratado com bom desempenho na prova, mas com muita dificuldade prática de trabalhar, pois nenhum deles tinha experiência em unidade básica. Então o grupo de enfermeiras sentiu a necessidade de construir um treinamento interno para recuperar alguns conhecimentos básicos do curso de formação do auxiliar de enfermagem, por exemplo: abrir um pacote de gaze, aplicar uma injeção, fazer um curativo. O enfoque foi em coisas básicas, batalhamos muito na coleta de exames porque eles não sabiam puncionar. Então foi muito difícil, foi muito desgastante e a gente não teve ajuda de fora, e a gente teve que suprir essa lacuna internamente mesmo (G5 - enfermeiro).

A necessidade do serviço muitas vezes é centrada muito mais na qualificação técnica. Tem um curso lá que o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) está dando sobre dengue ou febre amarela, aí o trabalhador vai e volta mais qualificado entendendo melhor sobre a dengue ou febre amarela, para poder então dar mais resposta e dinamizar um pouco mais o trabalho e orientar a população. Então essa é uma necessidade técnica de aprender sobre as coisas para poder informar (E18 – educador).

Então aqui é uma UBS e quando surgem dificuldades sempre se fazem reuniões para discutir, desde a reunião geral. Os assuntos são bem discutidos, e a situação acaba sendo bem trabalhada no sentido de descobrir uma situação para aquele problema. Agora direcionando mais para atividade educativa, acho que é a mesma coisa. Acho que quando um funcionário está com dificuldade para conduzir um grupo, por exemplo, essa dificuldade é levada para a reunião de setor, trabalhamos em cima disso, dessa dificuldade, por isso acho que a UBS tem o privilégio de trabalhar com as necessidades mais discutidas, por isso pelo próprio perfil da UBS se têm possibilidades de buscar melhorar sempre (T11 - dentista).

No relato anterior um trabalhador relata que as dificuldades do trabalho são discutidas em reuniões. Este resultado corrobora com o estudo recente de Lorencette (2002) realizado no serviço de EC de 25 hospitais da cidade de São Paulo para verificar com os gerentes qual a importância e os indicadores de avaliação de EC, quanto à estrutura, processo e resultados desses serviços. O autor aponta que há valorização dos espaços de reuniões para o levantamento de necessidades o que permite identificar problemas e rever processos para melhorar a qualidade do atendimento.

Montanha (2008) realizou um estudo a respeito das atividades educativas de trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário

cujos resultados apontam para o levantamento de necessidades para atividades educativas de trabalhadores, a partir da identificação de problemas técnicos no processo de trabalho que é importante para a manutenção da qualidade das práticas.

O levantamento de necessidades com base nas dificuldades e problemas técnicos é usual na concepção de EC, mas também pode ser utilizado em serviços e equipes que buscam uma atuação mais orientada pela EPS.

5.3.5 Ação gerencial na supervisão do trabalho

A gerência é uma atividade de articulação e integração que possibilita a transformação do processo de trabalho e se transforma conforme a finalidade do trabalho. Assim, possui caráter articulador e integrativo cuja ação é determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais de saúde (Mishima et al., 1997 p. 268).

Segundo Mishima et al. (1997), a gerência possui múltiplas dimensões: técnica, política, comunicativa e desenvolvimento da cidadania. A técnica inclui planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação dos agentes do trabalho, equipamentos e instalações. A política articula o trabalho gerencial ao projeto que se pretende implementar no serviço. A comunicativa possibilita a negociação interpessoal com os trabalhadores e comunidade. A emancipatória está voltada para a construção de sujeitos sociais.

Oito gerentes e três trabalhadores referem que o levantamento de necessidades de atividades educativas de trabalhadores é uma atividade gerencial que ocorre através da supervisão. Para a discussão da supervisão retomaremos o conceito que aponta a dimensão educativa da supervisão já apresentada no eixo de análise das concepções de educação de trabalhadores e gerentes. Servo e Correia (2006) ressaltam que um dos objetivos da supervisão é manter a educação permanente dos trabalhadores

da saúde através da constante avaliação das práticas de saúde para identificar as necessidades de orientação e treinamento.

No estudo de Silva (1997) a respeito da supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local, a supervisão é reconhecida como atribuição das chefias e definida como uma atividade inerente ao cotidiano de trabalho, expressa na idéia de ‘fazer junto’, na rotina de atividades com técnicos e auxiliares de enfermagem.

A autora aponta que a supervisão possui três sentidos: ensino, controle e articulação política. O ensino de trabalhadores é fundamental nesta atividade, dado que o atendimento às necessidades de saúde dos usuários/população pressupõe relações interpessoais dinâmicas e também o contínuo acompanhamento das rápidas mudanças tecnológicas dos materiais/equipamentos. O controle implica na necessidade de monitorar se as ações são executadas conforme previsto na direção dos objetivos do serviço e finalidade do processo de trabalho em saúde, assim confere unidade ao trabalho coletivo com possibilidades de integração e direção. A articulação política está presente na atividade de supervisão por se tratar de um espaço de reflexão e compreensão acerca dos fatores que determinam e condicionam as práticas de saúde. Possibilita a intermediação entre os interesses dos grupos envolvidos no processo de trabalho, trabalhadores assistenciais, gerentes e usuários dos serviços.

O controle está relacionado à supervisão clínica definida por Simões e Garrido (2007) como uma atividade centrada na qualidade, promoção e acompanhamento das práticas para desenvolver competência, segurança técnica, responsabilidade pelas ações de saúde e satisfação profissional.

Segundo Simões e Garrido (2007 p. 607), a supervisão clínica tem como objetivo estimular a atitude de “prestar atenção, clarificar, ou seja, esclarecer para compreender, encorajar, servir de exemplo, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar”.

No próximo relato um gerente refere que o supervisor identifica deficiências no desenvolvimento das práticas de saúde, aspecto que remete à supervisão como atividade de controle das ações dos trabalhadores para

buscar sua adequação às normas técnico-científicas e estabelecimento de rotinas/conduitas esperadas. O depoente relata uma experiência no levantamento de necessidades dos trabalhadores da saúde em um processo formal, através de questionário no qual foram apontados aspectos relacionados à atividade desenvolvida no serviço pelos trabalhadores em questão que direcionou o desenvolvimento das atividades educativas.

Então as necessidades são identificadas no cotidiano do trabalho, porque é uma atividade já prevista e que precisa ser aperfeiçoada, melhorada e etc. Isto pode ser uma necessidade surgida no trabalho da supervisão, porque você identifica diretamente uma deficiência. Eu me lembro de processos que já desencadeamos, de outra natureza, não essa que acabei de falar, mas ligada a própria atividade gerencial, que teria entre suas atribuições, ter essa sensibilidade de identificar necessidades de formação a partir de necessidades dadas no trabalho, tal como ele está configurado. Já tivemos, por exemplo, há dois anos atrás, quando abrimos o processo de desenvolvimento institucional, fizemos um levantamento amplo, com questionário distribuído aos trabalhadores de levantamento de necessidades de formação. Os trabalhadores registraram várias pendências, até encomendas que já haviam sido feitas, de formação, que não tinham sido encaminhadas. Este foi um levantamento que fizemos também muito pelo interesse do próprio trabalhador, a partir da sua experiência de trabalho, do que julgava importante para o seu trabalho; assim esse diagnóstico norteou algumas atividades de formação (G8 - médico).

O próximo depoente mostra que a atividade de supervisão também está presente em espaços de discussão sobre a organização do processo de trabalho no serviço, a atuação dos trabalhadores, seus avanços, necessidades, dificuldades, desafios, avaliação e planejamento de atividades educativas. Trata-se de um espaço de apoio à gerência no qual participam diferentes categorias profissionais inseridas no serviço que possuem atribuição gerencial. Alguns trabalhadores e gerentes do serviço A e J reconhecem a importância deste espaço gerencial para discutir as necessidades dos trabalhadores, dos usuários/população e do serviço para organizar atividades educativas.

Temos um grupo de apoio a gerência no qual participa um profissional que representa uma equipe, o profissional médico, a enfermeira e o educador; estes profissionais repassam algumas informações para os agentes comunitários. Eu participo, a gente discute muitas questões nesse grupo, então os informes e as decisões que a gente tinha nesse grupo eram repassados no dia

da reunião geral. Quando algum elemento percebe uma necessidade discutimos nesse grupo, e acabamos resolvendo. Se for necessária uma atividade educativa específica, ela será feita (T4 – assistente social).

O referido espaço de apoio à gerência trata-se de uma iniciativa que avança na direção da gestão participativa. Para Campos (2005), a gestão participativa privilegia as pessoas, o sujeito e aplica-se a equipes ou coletivos. Seu objeto básico é o coletivo organizado para a produção de algum bem ou serviço e não simplesmente a organização como ocorre na administração tradicional. Seus objetivos são: o fortalecimento dos sujeitos, construção da democracia institucional como possibilidade de exercício do poder ao ter acesso às informações, tomar parte de discussões e participar da tomada de decisões. Além disso, possibilita a co-produção de necessidades sociais, compromissos e contratos que envolve uma nova lógica para a distribuição de poder com redução do distanciamento entre gerência e trabalhadores e a formação de compromissos entre as necessidades sociais da população/usuários e os interesses dos trabalhadores do serviço.

Alguns entrevistados referem a importância da atuação do supervisor visto seu potencial de atuar no processo de identificação de necessidades dos trabalhadores para atividades educativas. De acordo com o próximo excerto, os trabalhadores não possuem tradição de refletir sobre as práticas e verbalizar suas necessidades para atividades educativas, sendo que o supervisor tem mais sensibilidade para a percepção dessas necessidades, pois assume o papel de traduzir e buscar corresponder tais necessidades, esclarecendo dúvidas e/ou colocando-as em discussão no ambiente de trabalho para instrumentalizar as práticas. Este aspecto corrobora com os estudos de Silva (1997) e Simões, Garrido (2007) que aponta o supervisor como aquele que tem experiência profissional para contribuir no processo de trabalho dos serviços de saúde.

Acho que é um pouco da demanda do próprio trabalhador, e outra uma necessidade mais sentida pelo supervisor. É muito em cima da demanda do próprio trabalhador, nas reuniões, nas supervisões, reuniões de supervisão, e o supervisor atento percebe. Temos que acompanhar mudanças, então essas coisas

não são um pedido, são necessidades originadas na supervisão, com alguém que tem mais sensibilidade e coloca na discussão. Aqui é um serviço que possibilita isto, mas ainda é pouco, verbalizar necessidades para instrumentalizar o trabalho, porque os trabalhadores ainda não têm essa reflexão, ou quando se fala, se fala no corredor, e aí não se traduz isso. Às vezes traduz com alguém mais sensível que se propõe a sentar e discutir a respeito de tal coisa, que alguém mais sensível identificou (T18 – Educador).

Surge uma questão na supervisão, um tema interessante legal de ser trabalhado, o supervisor identifica esse tema, fala para todos os trabalhadores que manifestam interesse pela discussão, falam para ele e organiza (T24 – agente comunitário de saúde).

No relato anterior o depoente aponta dois importantes aspectos relacionados ao papel do supervisor em relação às atividades educativas de trabalhadores. O supervisor atua no levantamento de necessidades para as ações educativas por meio da análise do processo de trabalho, compartilha suas percepções com os trabalhadores para avaliar a viabilidade e/ou pertinência da atividade educativa e realiza seu planejamento e organização.

5.4 Público Participante

O público participante das atividades educativas nos serviços estudados é compreendido como expressão da concepção da educação de trabalhadores vigente no local e pode ser, por um lado, mais próximo da EPS quando as ações orientadas para equipes de trabalho e trabalhadores/comunidade predominam, por outro lado, da EC, ao prevalecerem atividades voltadas para as áreas específicas (Viana et al., 2008; Montanha, 2008; Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006; Ceccim, 2005b; Haddad, Roschke, Davini, 1994).

Os resultados empíricos a respeito do público participante das atividades educativas para trabalhadores da saúde permitiram a construção das seguintes categorias empíricas: categorias profissionais específicas,

equipes de trabalho, público participante convocado e participação facultativa, usuários/comunidade.

5.4.1 Categorias profissionais específicas

Todos trabalhadores e sete gerentes sinalizam que no serviço predominam atividades educativas orientadas para categorias profissionais específicas. A estrutura tradicional dos serviços reforça o isolamento profissional com a soma de procedimentos executados ao pensar que cada trabalhador deve cumprir a sua parte no trabalho para a qualidade da atenção à saúde (Campos, 1999, 2000).

A estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimula a troca de experiências e opiniões entre os trabalhadores. Cada especialista fica encarregado por uma parte do cuidado desarticulado dos demais em ações pontuais e individualizadas que geralmente não consideram a história de vida dos usuários o que dificulta o trabalho multiprofissional e a construção de relações transdisciplinares (Campos, 1999).

A hegemonia do modelo de gestão tradicional taylorista aliado ao modelo assistencial médico-hegemônico resulta do estabelecimento de um processo de trabalho fragmentado com rígida divisão técnica, centrado nas tarefas e na patologia do indivíduo. O trabalhador não compreende o processo de trabalho, pois ocorre uma dicotomia entre a concepção e execução das práticas de tal forma que os profissionais mais qualificados executam ações mais intelectuais, sendo que cabe aos demais as atividades manuais de cuidado direto. Nessa perspectiva, a gerência atua no planejamento e controle do serviço estabelecendo relações de subordinação.

A atenção básica constitui um espaço privilegiado para o estabelecimento de um novo modo de organizar os serviços de saúde por estar voltada para as necessidades de saúde da população/usuários na direção da integralidade, que articula as noções de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Contudo, o modelo de gestão presente na AB pode

ser reconhecido pela predominância do modelo tradicional taylorista, sendo que em alguns espaços há presença do modelo participativo. Afinal, muitas vezes as práticas estão voltadas para as tarefas e o processo de trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional agrupamento, caracterizada pela justaposição de tarefas realizadas por profissionais específicos. Ao mesmo tempo há enfoque no sujeito e suas necessidades, promovendo espaços de diálogo entre usuários, trabalhadores e gerencia, possibilitando a participação em processos de decisão, o compartilhamento de responsabilidades, a construção de compromissos e a redução da cisão entre a concepção e o planejamento das práticas de saúde.

O trabalho hierarquizado e fragmentado do modelo taylorista reflete a divisão social e técnica do trabalho que advém de um processo historicamente construído. A divisão técnica do trabalho consiste no parcelamento dos processos que determinam as várias etapas de produção de um dado produto, executadas por distintos trabalhadores. Essa modalidade de divisão tem como característica central o fato do trabalhador parcial não produzir nenhum produto por completo isoladamente, sendo necessária a participação de vários trabalhadores especializados (Pires, 2006b).

O desenvolvimento dos trabalhos especializados com base na centralidade do saber clínico sobre o processo saúde doença é predominante no campo da saúde. Este modelo biomédico de organização do trabalho está voltado para o trabalho individualizado por profissional em detrimento ao trabalho em equipe.

No próximo relato um gerente aponta que a concentração de atividades educativas em áreas profissionais específicas prejudica o estabelecimento de equipes multiprofissionais, na medida em que reforça a fragmentação das práticas de saúde em áreas técnicas específicas conforme a divisão técnica do trabalho.

Ter a concentração de atividades em áreas específicas acho complicado, porque se queremos cada vez mais, e buscamos equipes multiprofissionais e discussões multiprofissionais, a partir do momento em que fazemos discussões em áreas específicas estamos reforçando essa separação. Então acho que seria muito mais interessante tentar verificar a semelhança entre os grupos e

montar atividades educativas que contemplem a todos. Assim, haverá algumas ramificações ao invés de tentar o contrário e ir para áreas específicas. Quem sabe um dia a gente consiga juntar tudo, isto é meio complicado (G6 - fonoaudiólogo).

No relato anterior o gerente sugere uma inversão da lógica que orienta as atividades educativas de trabalhadores na atenção primária para questões convergentes a diferentes áreas profissionais. Portanto refere a importância da articulação das ações executadas pelos diferentes profissionais e sua promoção com base em atividades educativas de trabalhadores referidas no trabalho coletivo e no trabalho em equipe com integração das questões específicas das áreas e dos tipos de trabalhadores que predominam nos serviços – assistencial, gerencial e administrativo. Isso reforça a integração do trabalho e a abordagem da integralidade da saúde como alternativa à fragmentação presente no trabalho e no modelo biomédico. De acordo com Peduzzi (2007b) o trabalho em equipe multiprofissional favorece a atuação na direção da integralidade com uma abordagem ampliada do processo saúde-doença que confere qualidade às práticas de saúde.

A seguir um trabalhador apresenta uma crítica à fragmentação estabelecida pela especialização técnica dos saberes na medida em que alguns são desvalorizados em detrimento de outros profissionais gerando competição entre as especialidades.

A valoração social dos diferentes trabalhos especializados é uma construção histórico social. Estas desigualdades entre os trabalhadores podem estar relacionadas aos saberes das diferentes áreas profissionais que resultam em desigual legitimidade de julgar e decidir no trabalho, criar e recriar a técnica. Por isso, a descentralização das decisões e a flexibilidade da divisão do trabalho tornam-se fundamentais para interação e entendimento mútuo da equipe de saúde (Schraiber et al, 1999).

Segundo Peduzzi (2006, 2007b) o trabalho em equipe integrada é uma alternativa de recomposição dos trabalhos especializados e de enfrentamento à fragmentação das práticas de saúde com integração das disciplinas e das profissões para o desenvolvimento de ações na perspectiva da integralidade da saúde. Por outro lado, a presença de diversos

profissionais realizando ações isoladas e justapostas, sem articulação e comunicação – equipe agrupamento - não permite realizar as práticas de saúde com resolutividade na perspectiva da atenção integral (Schraiber et al, 1999, Peduzzi, 2000).

O próximo relato apresenta uma crítica ao trabalho centrado nas especialidades com indícios da desvalorização do sistema de referência e contra-referência. Entende-se que o referido sistema é fundamental para a resolubilidade da atenção à saúde por permitir o acompanhamento do caso e seus desdobramentos com a troca de informações e saberes entre serviços e profissionais.

Aí tem um equívoco, de achar que a especialidade, se isola naquele mundinho e está bem, numa área de conhecimento bem específica e acha que agora é o dono da verdade e não precisa ficar falando mais nada para ninguém, fica só recebendo referência, e não faz contra-referência. Esse é o engano que desvaloriza a educação e divide o conhecimento dos colegas, que eu acho que tem a ver com a sociedade de consumo. “A sociedade tem que consumir cardiologistas, não generalistas, senão vou morrer de fome”. Então essa concorrência atrapalha, e o SUS seria um modelo bom para educação dos profissionais, mas só há percepção da administração, como em todos – “Isso é importante, isso vai melhorar, isso vai diminuir o investimento, no caso” (T2 - médico).

Estudos recentes de Peduzzi et al. (2009) e Viana et al. (2008) sobre atividades educativas para trabalhadores da saúde na atenção básica já referidos anteriormente, revelam a presença predominante de atividades voltadas para categorias profissionais específicas.

A concentração de atividades educativas em áreas profissionais específicas reflete e reforça a divisão social e técnica do trabalho. Entre os diversos autores que estudaram esta temática Almeida, Rocha, (1987); Ribeiro, Pires, Blank, (2004); Pires (2006a) afirmam que a divisão social do trabalho em saúde ocorreu a partir da organização da atenção médica hospitalar e promoveu a reprodução das relações de classe entre os trabalhadores da saúde em torno da centralidade do trabalho médico.

Para Mendes-Gonçalves a divisão técnica e social do trabalho produz hierarquizações nas práticas de saúde (1992, p. 40):

a técnica não existe isolada de sua apropriação diferenciada na reprodução das diferenças de classe, e o controle dos momentos “mais intelectuais” do trabalho garante o poder sobre o conjunto do processo, além de outras hierarquizações sociais importantes. Reproduz-se dentro do trabalhador médico coletivo, desta maneira, dentro de certos limites, o mesmo tipo de dinâmica geral característica da reprodução social, acarretando contradições que opõe, de um lado uma racionalidade puramente técnica, mas abstrata” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 40).

Um mecanismo de reprodução da rígida hierarquia presente na divisão do processo de trabalho em saúde é a subdivisão dos saberes entre agentes de diferentes níveis favorecendo que alguns dominem a concepção do trabalho e outros a sua execução. Assim, o saber em saúde se subdivide no saber médico e no saber da enfermagem que está dirigido ao enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem cada qual exercendo sua esfera de dominação hierarquicamente (Almeida, Rocha, 1987; Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Alguns trabalhadores apontam a diferente valorização de algumas áreas profissionais com predomínio de atividades educativas nas quais se concentram investimentos dirigidos aos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, enfim, todos os trabalhadores que compõem a equipe do PSF.

O PSF como já foi dito anteriormente foi implementado para reorganizar a prática assistencial e substituir o modelo tradicional biomédico centrado nas doenças com a atuação fragmentada de profissionais especializados. Nesse sentido, o trabalho no PSF é realizado por uma equipe multiprofissional que busca compreender de modo ampliado às necessidades das famílias vinculadas a determinado território e prevenir os agravos à saúde. Assim, a capacitação dos recursos humanos é vista como uma questão estratégica para o programa (Franco, Merhy, 2006).

O destaque na participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) pode sinalizar a importância do trabalho do ACS por representar o elo entre as necessidades de saúde dos usuários/população e o serviço. Dada à complexidade e relevância do trabalho do ACS no modelo do PSF, destacam-se os investimentos em atividades educativas para a apropriação de novos saberes necessários para sua atuação junto à comunidade. Para

Silva e Dalmaso (2002) o trabalho do ACS tem duas dimensões de atuação, uma estritamente técnica de atendimento aos indivíduos e famílias para prevenir agravos ou monitorar problemas e outra política de organização da comunidade para transformar suas condições de vida. Este aspecto político aponta para o agente como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão dos problemas de saúde, autocuidado e organização da comunidade para a cidadania e inclusão social.

[...] o que aparece com mais frequência é o curso voltado para funcionários de forma mais específica, médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes de saúde e assim por diante, mais para essas categorias (T20 – Educador).

Não tem que pensar assim, tem o médico e o enfermeiro, mas existem outras categorias e eu acho que essas categorias são esquecidas. Existe muita coisa para médico, para área de enfermagem e agora para o pessoal do PSF, mas eu acho que os outros profissionais estão um pouco esquecidos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educadores. Eu acho que estamos meio que de lado [...] e fazemos parte do processo! Tem muita coisa que fazemos no trabalho que é importante! Mas acho que os médicos e o pessoal da enfermagem são mais privilegiados. Não estou acompanhando o que o pessoal está fazendo, mas sinto isso, o investimento é maior nessas áreas especificamente, mas não podemos esquecer os outros profissionais da equipe! Estamos esquecidos, eu acho! (T14 - fisioterapeuta)

As atividades educativas de trabalhadores da saúde expressam opções técnicas e políticas do processo de trabalho e do modelo assistencial que se pretende viabilizar no serviço. No relato acima fica evidente que a opção envolve o modelo do PSF, por isso os investimentos em atividades educativas enfocam a participação dos trabalhadores que compõe a equipe de saúde da família. Como analisado anteriormente na discussão das concepções de educação dos trabalhadores da saúde, as atividades educativas viabilizam a implantação de um modelo assistencial no serviço por se constituírem em espaços de discussão do horizonte ético preconizado, da concepção do processo saúde-doença e do trabalho.

O modo dos trabalhadores conduzirem a assistência à saúde influencia a operacionalização de determinado modelo assistencial, por isso

podem agir como dispositivo de mudanças na organização dos serviços de saúde (Merhy, 1997).

Nove trabalhadores e três gerentes afirmam que predomina a participação de trabalhadores vinculados ao PSF nas atividades educativas realizadas no serviço. Todos estes depoentes são da unidade J com exceção de um gerente que faz parte da unidade A. As UBS do estudo são equivalentes quanto ao número de trabalhadores, todavia ao analisar sua relação com o PSF observa-se que A possui aproximadamente 17% dos trabalhadores vinculados ao PSF enquanto J apresenta 55% relacionados ao PSF, assim pode ser compreendida a diferença considerável de relatos das UBS presentes no material empírico.

A predominante participação dos trabalhadores vinculados ao PSF que tem vínculo com uma instituição parceira – organização social – gera a insatisfação do grupo de trabalhadores cujo vínculo institucional está principalmente com a prefeitura, assistente social, fisioterapeuta, dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e o pessoal do apoio administrativo. Para estes trabalhadores ocorre um movimento de exclusão com o qual se sentem desvalorizados e insatisfeitos profissionalmente.

[...] entrou o PSF e as auxiliares de enfermagem que são do PSF e nós já estávamos aqui, mas ficamos excluídas, porque quando tem reunião é entre os trabalhadores do PSF, não é reunião das auxiliares do PSF e da prefeitura. Tem a reunião geral, então você expressa sua opinião, mas fica sempre focado no PSF, estamos reclamando sempre. Depois que entrou o PSF, nós que somos da prefeitura ficamos excluídos, então o PSF participa e nós não. Participamos apenas das atividades dentro do posto não estamos saindo para as atividades externas, só o PSF vai. Faz tempo, há uns quatro anos atrás participei pela última vez. Quando teve cursos, reciclagem, vacina, papanicolau, curso de hipertensão, não participamos, foi só o pessoal do PSF. Não estamos participando porque não têm, temos reclamado sobre isso para a gerente. Quando tem reunião falamos, por exemplo, que tem atividades que ficamos sabendo depois que já aconteceu (T5 – auxiliar de enfermagem).

São definidos por categorias profissionais, na maioria das vezes as atividades são para enfermeiros, médicos e pessoal administrativo. Na verdade, o administrativo tem poucas atividades, vivemos numa encruzilhada, entre a cruz e a espada, entre o usuário que está exigindo alguma coisa e o sistema burocrático. Você fica no meio, eu acho que deveria ter mais atividades educativas para nós que estamos na atividade, porque não sentamos e conversamos. Incluímos o que tem para fazer na hora e fazemos. Mas acho que na maioria das vezes é por

setores, por categorias, que fica melhor para fazer (T13 – auxiliar técnico administrativo).

O estudo de Friedrich e Pierantoni (2006) sobre as dimensões organizativas do processo produtivo, político-ideológico e econômico das equipes de saúde da família em Juiz de Fora mostra a variedade de vínculos profissionais dos trabalhadores do PSF. Podem ser celetistas contratados por uma OS e estatutários vinculados à prefeitura ou a Secretaria do Estado da Saúde. Esta situação desencadeia a busca por outras possibilidades de renda em diferentes serviços e também pode ocasionar conflitos entre os trabalhadores inseridos nas equipes devido a diferenciação salarial.

Outro trabalhador reafirma a predominante participação das equipes saúde da família nas atividades educativas e também dos médicos e da enfermagem, em detrimento aos demais.

Eu vejo o pessoal do PSF, participando de treinamentos e nós da prefeitura ficamos isolados! Você tem que estar fazendo algo sempre, sei a quantidade de atividades que o pessoal do PSF faz na prefeitura. Temos pouco então eu acho que seria bom ter mais, reciclagem, porque a gente tem que estar o tempo todo envolvido para não esquecer. Às vezes tem alguma coisa que você poderia melhorar no atendimento do paciente, acho importante. Hoje temos quase uma proibição de estar saindo muito da unidade para fazer cursos, não sei como vai ficar esse ano. Raramente temos cursos específicos nessa área, porque vejo os médicos, o pessoal da enfermagem, estão sempre fazendo uma reciclagem, mas nós não temos. Não sei se é porque nós somos um número reduzido de profissionais, mas sempre pedimos para trabalhar melhor aqui na unidade (T14 - fisioterapeuta).

Embora grande parte das atividades educativas esteja voltada às equipes de saúde da família, não há garantia de que haverá ruptura com o modelo assistencial médico-centrado. Segundo Franco e Merhy (2006, p.105), “o programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, [...] mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional que define o perfil da assistência”.

Nos próximos excertos trabalhadores da área de odontologia referem à escassa inclusão dos dentistas e auxiliares de consultório odontológico nas atividades educativas para os trabalhadores do serviço.

Em termos de educação de funcionário, temos muito pouco, porque nosso setor é pequeno, somos quatro. É um setor isolado, não temos muito contato com o que acontece na clínica, sabemos, mas é assim, não temos noção do que realmente acontece (T11 - dentista).

Eu acho que os outros setores participam mais do que nós, porque eles possuem mais atividades nos setores, porque aqui fazemos o tratamento básico. Fazemos grupo, tentamos fazer a prevenção, restauração e algumas extrações de dentes de leite. Em gestantes só fazemos restauração e se for necessário fazer canal fazemos curativo e encaminhamos. Então não temos muita coisa como na clínica médica que tem o paciente hipertenso, diabético, gestantes, papanicolau, gineco, lá você tem variedade no atendimento. Aqui não temos (T15 – auxiliar de consultório dentário).

A pesquisa de Viana et al. (2008) que aborda a qualificação de recursos humanos na AB corrobora com o presente estudo ao apontar que poucas atividades educativas foram desenvolvidas para categorias profissionais de dentistas, auxiliares de consultório odontológico, psicólogo, fonoaudiólogo e outros por não pertencerem à equipe mínima do PSF. Predominam atividades educativas voltadas para o público participante de uma área profissional específica, aspecto que se refere à fragmentação das ações de saúde e a tradição do trabalho individualizado por categorias no modo de organização do processo de trabalho em saúde. A capacitação para áreas profissionais específicas, centrada em técnicas, não garante a compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho das equipes, havendo escassez de processos educativos voltados para todos os trabalhadores das UBS.

5.4.2 Equipes de trabalho

Retomaremos a noção do trabalho em equipe multiprofissional de Peduzzi (2001), apresentada no referencial teórico para análise e discussão desta temática. Segundo a autora, o trabalho em equipe refere-se à articulação e integração dos diferentes processos de trabalho especializados com objetivos, saberes, e instrumentos próprios utilizados na construção de um projeto assistencial comum. Para constituir práticas de saúde pautadas

na integralidade é necessário que as conexões existentes entre as intervenções realizadas por cada trabalhador sejam colocadas em evidência, de modo que os sujeitos tenham claramente, sua especificidade e disposição para integração das práticas de saúde.

Há dois tipos de equipe, a primeira envolve o agrupamento dos agentes com a justaposição de ações e a segunda articula ações por meio da interação intermediada pela comunicação. Peduzzi (2001), afirma que as conexões existentes entre as intervenções técnicas são explicitadas a partir da mediação da linguagem de três modos diferentes, com base na teoria do agir comunicativo de Habermas (1989). A primeira é a comunicação externa ao trabalho para otimizar as técnicas, ou seja, o agir instrumental. A segunda é a comunicação pessoal que remete ao relacionamento interpessoal. A terceira é intrínseca ao trabalho, baseada no agir comunicativo, que busca o entendimento e consenso na decisão de objetivos comuns para o projeto assistencial. O agir comunicativo permite o reconhecimento mútuo dos sujeitos e a construção de projetos adequados às necessidades dos usuários/população e trabalhadores dos serviços de saúde.

Seis trabalhadores e três gerentes apontam a importância de estruturar atividades educativas para equipes multiprofissionais para evitar o aprofundamento da fragmentação das práticas de saúde. Este grupo possui representantes de diversas categorias profissionais participantes no estudo – auxiliar administrativo, fonoaudiólogo, enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, educador e agente comunitário de saúde – apontam a importância de conhecer o trabalho desenvolvido pelo outro para compreender o processo de trabalho afim de que as ações de saúde sejam desenvolvidas com qualidade e de modo integrado.

De acordo com Peduzzi (2007b), o trabalho multiprofissional responde à necessidade de integração disciplinar e profissional, por isso seu desenvolvimento torna-se fundamental. Os trabalhadores reconhecem cada área de modo isolado e peculiar devido sua atuação fragmentada que dificulta a articulação dos diferentes profissionais.

A mesma autora considera que a interação intersubjetiva é característica do trabalho em equipe e envolve a interação social aliada ao

conhecimento técnico-científico. Para deslocar o foco das ações especializadas e buscar a articulação das diferentes disciplinas e ações é necessário o reconhecimento do trabalho do outro, suas diferenças, nexos, conexões e contribuições às necessidades de saúde dos usuários.

Não temos um trabalho muito específico para uma equipe multiprofissional, sinto que falta isto, é meio fragmentado, pois tudo é muito específico para categorias profissionais. Você precisa saber o que o outro faz, o que está acontecendo com a outra categoria, porque tem que ter essa integração, mesmo que você não se envolva diretamente com ela. Somos como uma engrenagem, não podemos atuar na outra, mas você sabe porque o outro está fazendo aquilo e o que você pode contribuir para que ele melhore, para facilitar o trabalho dele, então acho que tem que ter este tipo de integração (T4 – assistente social).

É melhor quando sabemos de todas as coisas e participamos porque é importante para dar informação. Porque as pessoas podem perguntar coisas para mim, mas como sou de outro setor não sei responder. Então eu acho que a partir do momento que você tem esse conhecimento do todo é mais fácil para você se comunicar, conversar com as pessoas. Então eu sinto que não consigo orientar o paciente em muita coisa, porque não tenho as informações necessárias. Eu acho super interessante todos os funcionários saberem o que acontece em todos os setores e unidades, as coisas como devem funcionar (T15 – auxiliar de consultório dentário).

Sinto um distanciamento das coisas específicas porque elas ocorrem mais em seu espaço. Você precisa de outros mecanismos de comunicação por causa do distanciamento entre os setores ao longo dos anos, acho que essa mudança fez com que a gente perceba [...] então precisamos criar mecanismos novos de integração entre os setores (T16 – técnico de informática).

[...] precisamos ter momentos nos quais isso se faça em conjunto, para reforçar a visão de equipe multiprofissional. Em termos de trabalho é um ganho muito grande, por que às vezes uma coisa que eles estão com dificuldade de fazer lá, eu já estou conseguindo fazer aqui, então o trabalho só vai melhorar com isso (G6 - fonoaudiólogo).

Nos excertos anteriores, os depoentes apontam que esta é uma das principais características do trabalho em equipe, o reconhecimento do trabalho do outro, para propiciar a integração no trabalho. Este aspecto é comum à constituição da educação no trabalho na vertente da EPS, pois possibilita a análise e compreensão do processo de trabalho desenvolvido nos serviços.

Os resultados do estudo recente de Saupe, Cutolo e Sandri (2008) a respeito da construção de descritores que devem orientar o processo de educação permanente em atenção básica apontam que o público participante com audiência preferencial nas atividades educativas de trabalhadores da saúde na AB deveria ser composto por equipes.

A presença das equipes de trabalho como público participante entre os depoimentos deste estudo, sinaliza a preocupação dos trabalhadores da saúde em deslocar o foco de ações especializadas para constituir um processo de trabalho integrado, pautado no modelo da integralidade com compromisso de corresponder às necessidades de saúde dos usuários/população.

5.4.3 Convocação obrigatória e participação facultativa

O material empírico revelou duas modalidades de participação nas atividades educativas para trabalhadores da saúde: convocação obrigatória e participação facultativa. Quatro gerentes e sete trabalhadores apontam que a participação ocorre a partir da convocação, outro grupo composto por sete gerentes e nove trabalhadores afirma que a participação é facultativa, ou seja, está vinculada ao interesse espontâneo dos participantes. Este resultado corrobora com o estudo realizado por Montanha (2008), que reconhece a distinção entre as atividades obrigatórias e não obrigatórias.

A convocação obrigatória expressa que os trabalhadores são forçados a participar das atividades. Estas atividades são uma tradução das necessidades identificadas no serviço e/ou demandas colocadas por instâncias centrais a fim de implementar o modelo assistencial vigente e as políticas ou programas de saúde a serem desenvolvidos. Portanto, espera-se que o trabalhador adote determinadas condutas nas ações de atenção a saúde que são veiculadas por meio de atividades educativas.

No relato a seguir o trabalhador ressalta que pode haver convocações para categorias profissionais específicas, contudo as atividades educativas, sempre estarão abertas aos que desejarem participar.

No ano passado tivemos vários seminários abertos, pelo menos um por mês todas as sextas à tarde, podiam participar quantos desejassem. Algumas coisas têm caráter obrigatório, nas áreas específicas vamos dizer assim, então tem treinamentos mais concentrados e específicos e nunca ouvi dizer aqui que é proibido de alguém participar, se as pessoas têm interesse é sempre possível (E16 – técnico de informática).

[...] eu não sabia que existia e tive que participar porque era obrigatório, então não preparei nada, porque simplesmente não sabia, cheguei lá e participei (T13 – auxiliar técnico administrativo).

A participação facultativa depende do interesse do trabalhador e está vinculada à busca de novos saberes, possibilidades de ausentar-se das ações de saúde no horário de trabalho, ou em horário extra. Muitas vezes, a intensa rotina de trabalho impossibilita a participação, pois os demais trabalhadores não conseguem suprir a demanda do serviço com sua ausência.

No próximo depoimento, o entrevistado afirma que não há convergência entre as atividades educativas que possuem participação facultativa e aquelas estruturadas mediante a convocação. Esta divergência expressa a necessidade de adequar/traduzir as atividades educativas de trabalhadores com origem no nível central – políticas de saúde, programas, projetos – para o planejamento técnico do serviço de saúde.

Normalmente os cursos não são voltados para a equipe multiprofissional. Se tivermos um curso obrigatório para auxiliar todos participam, vem o pacotinho fechado e temos que fazer. Alguns são facultativos, então o profissional decide participar se estiver interessado. Quando o curso é direcionado para algumas categorias profissionais, a diretora pode falar que é importante ou não participar. A questão da disponibilidade e da possibilidade de liberar o profissional para participar também precisa ser considerada, de um lado você tem a demanda de cursos, e de outro lado a demanda de serviços. Você tem que equacionar para que não comprometa o serviço e ao mesmo tempo você possa criar oportunidades da educação (T20 – Educador).

Então acho que é mais por interesse do trabalhador em participar, não é designado ninguém, é muito difícil, às vezes acontece alguma sugestão, mas é muito difícil, geralmente é por interesse do profissional. Geralmente mencionamos na reunião geral: “Estamos pensando em montar o grupo tal alguém quer

participar?” Então a pessoa pode participar ou não, às vezes a temos sorte de mais de um profissional participar, às vezes é sempre da mesma categoria, então depende do interesse (T1 - enfermeira).

O estudo de Silva, Ogata, Machado (2007) revela que a presença da obrigatoriedade nas atividades educativas de trabalhadores da saúde pode decorrer de dois aspectos: a falta de aplicação prática das atividades originadas a partir de demandas externas e a falta de compromisso profissional que compromete a qualidade do trabalho.

Para o agente de saúde, geralmente os cursos são obrigatórios. Os cursos que eu fiz que não foram obrigatórios, busquei através do meu conhecimento e em outros tive sorte. A fitoterapia mesmo, eu estava ajudando na recepção e atendi uma pessoa do parque da Previdência que falou sobre o curso e suas quatro vagas. Geralmente eles dividem as vagas dos cursos da sub-Prefeitura, com uma vaga para cada UBS, então às vezes a pessoa passa e pergunta se você quer participar de alguma atividade, porque não dá tempo de avisar todos. Às vezes sorteiam porque só tem duas vagas para o aleitamento materno. Então é assim, depende de como chegou, se até aquele momento não conseguiu passar, não teve tempo de passar, aquelas pessoas que estão ali [...] às vezes é sorteio [...] Poucas capacitações vem a pedido do trabalhador, geralmente vem de cima como obrigatória, e falam assim: “Vai ter esse curso de hipertensão e todos têm que participar”. Quando somos convocados, todos participam, então vem sempre de cima para baixo. Não existe um formulário para ver o que estamos precisando, não temos esta pergunta. Sempre vem de cima para baixo, é uma coisa para a qual você, não foi preparado (T21 – agente comunitário de saúde).

No relato anterior um agente comunitário de saúde afirma que predominam as atividades obrigatórias impostas aos trabalhadores a partir de instâncias centrais que estão relacionadas aos programas de saúde preconizados pelo nível federal, estadual e municipal do sistema de saúde.

A convocação para atividades educativas obrigatórias remete à noção dos ‘pacotes’ de ações educativas, já mencionados anteriormente, na discussão do levantamento de necessidades. Os ‘pacotes’ são originados em instâncias centrais, externas aos serviços e podem corresponder parcialmente às necessidades dos trabalhadores da saúde mediante a tradução e adequação às atividades executadas no serviço, ou mesmo ser incompatíveis com as necessidades identificadas no serviço. Desse modo, muitas vezes o trabalhador não tem interesse em participar de atividades

educativas visto que não correspondem às suas demandas e pode ser convocado por instâncias externas de coordenação dos serviços.

Outro aspecto presente nos relatos de alguns entrevistados é o menor interesse do trabalhador em participar de atividades educativas externas ao serviço que ocorrem fora do horário de trabalho. Para eles o deslocamento que envolva recursos financeiros próprios para o transporte, com alteração da rotina diária para o trabalho é negativo, por não receberem remuneração compatível com esta necessidade. Consideram que é preciso haver vantagens para se ausentar do trabalho como a concessão de um dia de folga para compensar sua participação em uma atividade educativa, afinal possuem compromissos particulares que poderiam ser comprometidos.

Estudos recentes de Montanha (2008), Silva, Ogata, Machado (2007) e Lorencette (2002) corroboram com este resultado, pois apontam que a realização de atividades educativas fora do horário de trabalho representa um dos impedimentos para a presença dos trabalhadores.

Se o curso for longe, eles também não gostam, se tem que pegar ônibus, os trabalhadores não se interessam. Então falam assim “Não me indica, pelo amor de Deus! Não põe o meu nome, tem que pegar dois ônibus, vou ter que acordar mais cedo, ter que pagar estacionamento, lá é longe, é difícil” (G5 - enfermeiro).

[...] muitas transformações ocorrem no conhecimento, às vezes a remuneração é baixa e o trabalhador não tem condição de ir por conta própria procurar se atualiza. Então quando o serviço oferece, eu acho excelente, isso é comum (T9 - psicóloga).

Eles queriam que fizéssemos cursos fora do horário de trabalho, é complicado! É uma coisa que é para o seu trabalho e você vai ter que ir num outro horário que você nem pode?! Então não dá para fazer, quem está aqui o dia todo tudo bem. Quem tem carga horária de 40 horas semanais dá para fazer, mas e quem não tem? A minha não é de 40 horas, tem médico que tem carga horária de 40 horas e tem médico que tem carga horária de 20, então também tem que pensar isso é para o trabalho e a gente precisa, mas tem que ser no horário de trabalho [...] Tem muito problema, dos trabalhadores terem que sair, pagar ônibus fica complicado (T14 - fisioterapeuta).

Então aquele trabalho do agente de saúde ser uma liderança, uma mobilização, não existe aqui, e um exemplo certo é o CASE, em que nem 10 agentes de saúde participaram, e falavam assim: “Vamos ganhar alguma coisa? Vamos ganhar o dia, se participarmos? Por que se não ganhar, eu não vou. Vão dar condução? Vão dar almoço? Então eu não vou!”. Nem, ganhando,

eles participam, eu ganhei dois dias, mas mesmo se não ganhasse eu iria (T21- agente comunitário de saúde).

Oito trabalhadores e três gerentes das duas unidades estudadas afirmam que o público participante das atividades educativas é definido pela gerência dos serviços, o que pode ocorrer por meio da instância de apoio gerencial dos serviços, conhecidas como: grupo de apoio à gerência.

Dessas atividades, quem define em geral é o gerente [...] quem vai participar, mas sempre está aberto para outras pessoas, não é uma coisa tão fechada, para esses funcionários novos, para conversarmos e falarmos dos assuntos (T14 - fisioterapeuta).

Normalmente o grupo de chefia define os trabalhadores das áreas específicas que irão participar. Aqui a gente tem o grupo de apoio à gerência que é o grupo técnico administrativo, participam desse grupo todos as chefias de todas as áreas e setores tanto de nível médio quanto superior. Então tem médico, enfermeira, toda a área administrativa, eu da área de informática, pessoal. Neste grupo se originou o grupo de RH que é um grupo mais preocupado com treinamentos e contratações. Cada setor se organiza e tem várias instancias desde o grupo de apoio a gerência que pode fazer isso. O grupo de RH e os chefes de cada setor pensam em como fazer, como definir os treinamentos (T16 – técnico de informática).

Entende-se que o caráter obrigatório ou facultativo atividades educativas de trabalhadores da saúde remete a necessidade de construção compartilhada entre trabalhadores, gerentes e usuários com a valorização da dimensão interativa e comunicativa entre os sujeitos.

5.4.4 Comunidade/ usuários

A participação da comunidade/usuários nas atividades educativas realizadas para os trabalhadores do serviço está presente no relato de dois trabalhadores da unidade J e de um gerente do serviço A. Esta participação aponta para avanços na direção do desenvolvimento da cidadania e do controle social como referido anteriormente.

A presença dos usuários/ comunidade nas atividades educativas de trabalhadores da saúde pode estabelecer ou estreitar os vínculos entre

trabalhadores, serviços, população/ usuários, como estimular a participação social.

Assim, neste estudo observam-se duas formas de participação citadas anteriormente, a política e a ativação. A primeira mediante comportamentos passivos e a segunda com a participação dos sujeitos em atividades delegadas (Bobbio, Matteucci, Pasquino, 2004).

Os trabalhadores descrevem o papel do projeto Conversando a Gente se Entende (CASE) como dispositivo de participação e integração dos usuários/comunidade, trabalhadores do serviço e equipamentos sociais da região. O CASE é uma iniciativa de um trabalhador em desenvolver um projeto um projeto cultural com a participação de trabalhadores e usuários para discutir sobre a origem histórica, social e cultural do bairro no qual está alocado o serviço J para compreender as necessidades da população, dos trabalhadores e do serviço e contribuir para o desenvolvimento sócio-cultural da comunidade em questão. Este projeto se mantém há três anos com o apoio dos trabalhadores e gerentes do serviço, da comunidade e de estudantes de uma universidade pública próxima ao local.

Os próximos relatos mostram que o CASE contribui para a integração e socialização da comunidade com os trabalhadores do serviço.

Nestas atividades também é interessante o envolvimento da comunidade, até no evento que acontece do CASE, com a participação dos funcionários e da comunidade. Isso provoca desdobramentos, pois as pessoas passam a conhecer melhor o serviço e as pessoas que trabalham nele. Os trabalhadores estabelecem uma boa convivência com o serviço articulando a prestação de cuidados e a comunidade. Melhor do que outras épocas, que nos tínhamos uma separação, um isolamento dos funcionários frente à comunidade. Os funcionários estavam aqui só para prestar o serviço, e a comunidade apenas para receber o serviço. Muitas vezes não era satisfatório. Então, essa formação dentro da UBS pode contribuir para uma socialização melhor (T26 – agente de políticas públicas).

Eu acho que uma atividade educativa muda a relação com o trabalho. Fizemos uma reunião e pensamos em fazer um projeto cultural, todos juntos, um dia cultural, ou uma semana cultural que passou a ser chamada de CASE, porque é Conversando que a Gente se Entende. Criamos um projeto chamado “Cultura no bairro da UBS”, nessa proposta pensamos em fazer três dias de evento cultural na UBS, uma vez por ano fizemos duas vezes, uma em 2006 e uma em 2007 (T13 – auxiliar técnico administrativo).

A presença da participação dos trabalhadores/comunidade em atividades educativas de trabalhadores aponta para o desenvolvimento da responsabilização do usuário por sua condição de saúde, a participação no cotidiano do serviço, a importância da relação trabalhador/usuário, assim como a organização dos serviços públicos mediante análise, apresentação e defesa de seus interesses em conselhos deliberativos nas instâncias municipais, estaduais e federais (Kleba, Comerlato, Colliselli, 2007; Crevelim, Peduzzi, 2005).

5.5 Resultados Esperados

Grandes investimentos são realizados no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde por meio de capacitações com o objetivo de contribuir para aproximar sua formação ao processo de trabalho e às necessidades dos usuários/população para a melhoria da qualidade da atenção prestada e consolidação do SUS.

Ao estudar os resultados esperados das atividades educativas de trabalhadores da saúde em duas UBS identificaram-se as seguintes categorias empíricas: apropriação do saber instrumental executar procedimentos técnicos, promover a emancipação de usuários e trabalhadores da saúde e mudança da postura do trabalhador.

Embora a coleta de dados tenha sido realizada buscando os resultados esperados das atividades educativas em curto, médio e longo prazo, os entrevistados mostraram dificuldades em relacionar os períodos em seus relatos. O desdobramento dos resultados é apresentado com limitações, que se referem à falta de precisão dos períodos quanto à promoção da emancipação de usuários e trabalhadores da saúde, mudança da postura do trabalhador.

No tocante à categoria empírica, apropriação do saber instrumental para executar procedimentos técnicos, sua ocorrência em curto prazo é

consenso entre os depoentes. Os estudos de Lucena (2007) e Montanha (2008) corroboram com este resultado, pois destacam que as atividades educativas de trabalhadores da saúde têm como resultado em curto prazo a capacitação para executar procedimentos técnicos.

5.5.1 Em curto prazo: apropriação do saber instrumental para executar procedimentos técnicos

Entre os depoentes 13 trabalhadores e cinco gerentes apontam que o resultado das atividades educativas em curto prazo é habilitar o trabalhador para uma nova competência técnica e/ou reduzir as dificuldades na execução das técnicas por meio do aperfeiçoamento do saber instrumental.

O saber técnico-científico é indispensável para a execução de procedimentos com qualidade e para responder a uma esfera das necessidades de saúde dos usuários/população. Como o saber técnico fundamenta a ação, é necessário um processo de mediação do trabalhador entre a especificidade da demanda do usuário e as ferramentas de trabalho a disposição que levem à tomada de decisão mais pertinente às necessidades do usuário.

Segundo Habermas (1989), no trabalho a ação instrumental de caráter teleológico está baseada em regras técnicas estabelecidas empiricamente. Sua execução envolve a escolha racional e estratégica dos meios que serão utilizados a partir do critério de controle da eficácia e eficiência e das alternativas de comportamento. Assim, “se entendermos o círculo de funcionamento da ação controlada pelo êxito como a unificação da decisão racional e da ação instrumental, então podemos reconstruir a história da técnica sob o ponto de vista da ação racional teleológica” (Habermas, 1989, p.52). Na busca do êxito técnico como resultado, as regras apreendidas da ação instrumental no trabalho configuram o desenvolvimento de habilidades que capacitam os sujeitos para resolver problemas no cotidiano do trabalho (Habermas, 1989).

Nos próximos excertos os depoentes ressaltam que as atividades educativas de trabalhadores da saúde realizadas de modo pontual propiciam o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas para executar procedimentos com segurança. A ação técnica é exemplificada pelos depoentes por meio das seguintes atividades: insulinoterapia, técnicas de curativo, procedimentos, atendimentos, cadastro de cartão SUS.

Talvez esses efeitos estejam relacionados a uma nova habilidade, uma nova competência técnica, resultante de um adestramento numa técnica específica a partir de uma atividade de capacitação que passamos esperar num prazo mais curto. Quer dizer, a pessoa faz um curso, um treinamento, uma atualização em insulinoterapia, ou uma nova técnica de curativo etc. Ele vai fazer o treinamento, volta e você espera o resultado em curto prazo, que é uma nova habilidade, uma nova competência técnica específica (G8 – médico).

Em curto prazo seriam aquelas formações mais pontuais. No caso um novo procedimento, novo atendimento, ou um cadastro de cartão SUS. Nós tivemos também que aprender a fazer isso. Essa daí seria uma formação em curto prazo. Acredito que o resultado é um aprimoramento do trabalho, com mais informação e formação. Quando você sabe o que está fazendo é muito mais confortável. É muito ruim quando você está perdido e sabe que decisão tomar. É estressante, você não tem a informação! Então, pode ter inúmeros desdobramentos, pode ser um trabalho um pouco mais tranquilo. Tranquilidade para os funcionários traz mais segurança! Mais segurança para os funcionários, mais tranquilidade e menos stress [...] (T26 – agente de políticas públicas).

A seguir o trabalhador reforça o resultado das atividades educativas com enfoque no saber instrumental, exemplificado em curto prazo pela ação de administrar insulina, preenchimento do cartão SUS e longo pela melhora do perfil epidemiológico da população em consequência da utilização do sistema de informação.

Em curto prazo eu acho que são boas estatísticas, tipo fechamento do SIS-Pré-Natal. De curto para médio pode ser um treinamento porque não estava fechando o SIS, porque não estava preenchendo o CPF da gestante, precisava do RG e CPF, são dois dados do cartão SUS. Então esse é um treinamento pontual que dá resultado estatístico, aí a estatística vai representar significado para trabalhar a qualidade. Em longo prazo acho que os cursos teóricos que o médico participa contribuem para melhorar os perfis de morbidade e diminuir a mortalidade, melhorar os índices que em longo prazo servem para isso. Acho

que em médio prazo a gente não tem muito curso que dá para ver, porque acho que teria mais a ver com a qualidade de vida e intersectorialidade. A curto, também tem, se você aprende a insulinar melhor o paciente e mudar os horários de insulina (T2 – médico).

A racionalidade instrumental possibilita a mediação do agente de trabalho na relação existente entre o objeto, instrumentos e produto do processo de trabalho. Esta mediação é orientada pela lógica técnico-científica que reitera o modo de produzir as ações de saúde do modelo hegemônico em saúde, biomédico, e não permite contemplar outras esferas das necessidades de saúde de caráter comunicativo, ou seja, que requerem o diálogo em torno da finalidade do processo de trabalho e dos instrumentos e meios utilizados.

No próximo excerto um trabalhador enfatiza a importância de possuir informações para executar o trabalho com segurança, prazer e qualidade no atendimento à população. Aponta para atividade educativa de trabalhadores da saúde como um dispositivo para reduzir as dificuldades que os trabalhadores apresentam ao desenvolver as ações de saúde. Contudo, refere que pode envolver aspectos que superam a esfera do saber técnico para executar procedimentos por meio de processos de interação entre os trabalhadores da saúde para esclarecimentos de dúvidas.

Assim, as atividades educativas que a gente teve contribuíram para a melhoria do trabalho, exercer a nossa tarefa de um jeito mais adequado e esclarecedor para a população. Geralmente a levamos muita informação, para as pessoas e nada muito impositivo. Em curto prazo é aquilo que eu falei, é para um funcionário ter mais informação; a princípio, para poder exercer seu trabalho de forma mais segura ou mais prazerosa porque ele tem informação. Em curto prazo, o foco é trabalhar a dificuldade do funcionário, se ele tem dificuldade sobre um tema, aí se você fizer atividades, então, de certa forma você ajudará e a instituição tentará sanar essa dificuldade. Isso em curto prazo, a atividade educativa que ajuda o trabalhador no seu dia a dia, para esclarecer as suas dúvidas, aperfeiçoar algumas coisas, algumas técnicas, isso é sempre positivo (T23 – agente comunitário de saúde).

A ação de esclarecer dúvidas pressupõe que o trabalhador realizou uma reflexão sobre a prática e possibilita a interação entre os sujeitos com capacidade argumentativa para expor seu ponto de vista e discutir com os

demaís. Assim remete à concepção de educação emancipatória presente na EPS já apresentada nos capítulos anteriores deste estudo.

A apropriação do saber instrumental para a execução de procedimentos técnicos identificada como resultado em curto prazo pode ocorrer por meio da EC pautada na concepção tradicional de educação, pois se constitui de modo pontual para a atualização de saberes técnico-científicos. Todavia as técnicas de saúde não recobrem toda a esfera de necessidades dos trabalhadores/usuários, o que torna necessário a ampliação da ação educativa de trabalhadores em espaços de interação e reflexão para que o trabalho seja estruturado para além do foco na remissão de sintomas.

5.5.2 Em curto, médio e longo prazo: promover a emancipação dos usuários e trabalhadores da saúde

Sete trabalhadores e quatro gerentes referem que as atividades educativas de trabalhadores contribuem para promover a emancipação dos usuários e trabalhadores. Assim, os usuários ampliam sua autonomia e se tornam co-responsáveis por seu processo saúde-doença e os trabalhadores constituem práticas de saúde pautadas na reflexão sobre as necessidades de saúde dos usuários/população. Ambos, usuários e trabalhadores podem reconhecer seu papel na sociedade contribuindo com sua atuação na perspectiva da mudança das ações de saúde.

Com base no pressuposto de que a educação é um mecanismo de atualização histórico-social comprometida com a conquista de melhores condições de vida, satisfação individual e convivência social, busca-se a formação de cidadãos capazes de participar politicamente, contribuir para a criação e transformação da sociedade (Paro, 2001).

Os direitos e a cidadania podem ser reconhecidos como mecanismos de emancipação social. A partir deles, pode-se fazer o resgate da vida cultural de uma comunidade e adotar princípios baseados nas necessidades

e experiência historicamente acumuladas. “O acesso a uma cultura dos direitos é um processo educativo não espontâneo” (Gohn, 2005, p.20) para o qual deve haver a participação da sociedade civil organizada e de um governo que a estimule e aposte na possibilidade transformadora das instâncias de participação (Gohn, 2005).

No próximo excerto um gerente afirma que além da qualificação para executar procedimentos técnicos, as atividades educativas em geral podem contribuir para emancipação dos trabalhadores como cidadãos que conhecem o seu papel na sociedade e que tem potencial para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir de uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho. Portanto, o excerto refere que as atividades educativas de trabalhadores contemplam tanto a qualificação técnica como a emancipação dos sujeitos envolvidos, trabalhadores e usuários, sem que haja separação entre os mesmos.

Lógico que os trabalhadores da saúde são segmento com necessidades próprias, então é muito comum observarmos que possuem desejo, ansiedade de crescimento profissional que é própria de cada um e que às vezes está na área da saúde. Pensando que um trabalhador que se qualifique em geral, para uma coisa imediata, como estar mais qualificado para dar conta desta tarefa, de executar esse procedimento, de estar inserido neste programa, quer dizer, como cidadão que conhece sua inserção na sociedade, que tem acesso aos meios de informação, incluído digitalmente. Supõe-se que vai ser um trabalhador que tem maior potencial dentro do serviço, vai poder propor, analisar, criticar, ter uma visão, poder refletir sobre seu trabalho de uma maneira ampliada (G3 – médico).

No próximo excerto um gerente aponta que o núcleo das atividades educativas de trabalhadores é o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos envolvidos. Desse modo, trabalhadores e usuários, se tornam sujeitos de suas práticas e constroem uma identidade pessoal e profissional com responsabilidade e compromisso social na direção da cidadania.

O depoimento mostra que a construção de sujeitos pode ocorrer através da relação interativa e intersubjetiva em um processo de mútua influência. O trabalhador pode contribuir para a emancipação dos usuários com o estímulo à reflexão sobre sua saúde e modos de conduzir a vida,

ampliando a busca de direitos e satisfação de necessidades. Simultaneamente, influenciado pela relação estabelecida com o usuário, o trabalhador se modifica e re-configura sua identidade como sujeito das práticas de saúde.

[...] a questão de poder promover autonomia dos sujeitos-objetos da prática, faz as pessoas ampliarem e trazerem as suas concepções sobre cuidado em saúde e se enriquecerem sobre as questões já conduzidas dentro da prática do saber médico. A possibilidade de trocas, discussões e questões propicia que o homem seja identificado como um sujeito da sua saúde. Me parece que o núcleo das atividades educativas é promover autonomia das pessoas para compreenderem as suas questões de saúde, trazerem as questões de saúde, ampliarem as suas necessidades para se tornarem sujeitos da sua própria vida e dentro dos cuidados se autonomizarem [...] Então me parece que um trabalho a médio prazo é você ajudar a construir o perfil, a identidade profissional das pessoas, a questão das pessoas enquanto sujeitos das suas práticas. Isso me vem à mente sempre. A gente tenta dar uma identidade de sujeito da saúde, mas este trabalho e seus resultados, também nos dão um pouco da nossa identidade de sujeitos produtores do trabalho em saúde [...]. A segunda coisa em médio prazo é que a medida que a gente avança nas nossas práticas educativas, de novo a gente quer fomentar a emancipação. Então me parece que ao entender os sujeitos de uma determinada forma, ao entender os cuidados à saúde como uma coisa muito mais ampla no tratamento das doenças, estou falando o óbvio, então o corpo de profissionais que consigam dialogar com as pessoas, que consigam ter uma relação ética com as pessoas, uma relação de olhar coletivo, que consigam fazer as pessoas refletirem essas questões de saúde e se "asenhorem" mais da sua vida, das suas necessidades de saúde, ampliarem o leque das suas necessidades, perceberem que algumas coisas são respondidas aqui e que outras coisas tem que ser respondidas por outros setores societários. Então me parece que em longo prazo isso reverte na construção da cidadania em último caso (G1 - enfermeiro).

Segundo Paro (2001), a educação promove a capacidade de agir e interagir com a integração dos indivíduos à sociedade e estímulo à participação em diversas instâncias sociais para que seus interesses sejam correspondidos.

A interação entre os sujeitos favorece a apropriação dos saberes e não pode ser reduzida à mera transmissão de informações para o saber fazer, devido ao seu caráter histórico e cultural. A ação e interação dos indivíduos na sociedade com a manifestação de seus interesses e opiniões

sinaliza uma postura de exercício da cidadania (Paro, 2001) viabilizada pela educação emancipatória.

Nos próximos depoimentos a atividade educativa é reconhecida como um instrumento de empoderamento dos usuários e trabalhadores. Os trabalhadores do serviço assumem o papel de informar os usuários sobre seus direitos incentivando-os a reivindicá-los e desenvolver o autocuidado, assim influenciam seus projetos de vida, percepções e intervenções sobre o processo saúde-doença.

Nós temos uma visão justa da sociedade, queremos que um dia ela seja igualitária e sem nenhum privilégio para quem quer que seja. E um serviço de boa qualidade, que seja feito pelos trabalhadores com prazer e responsabilidade e que seja recebido pela população como um direito seu! [...] A forma como você recepciona os pacientes, informando quais são os seus direitos, explicando passo a passo o que é feito nesse serviço para os pacientes e dando para eles uma abertura que eles podem e devem reclamar e questionar o serviço, claro que isso com educação e que façam, não deixem de fazer [...] Nós somos um grupo bem diferenciado, temos trabalhadores politizados que conhecem seus direitos e da população e em momento nenhum se recusam a brigar pelo direito dos dois. Então eu acho que essa formação que é feita no serviço, que insere os trabalhadores, no contexto de conhecimento dos direitos, isto daí proporciona um atendimento mais qualificado. A população assume poder sobre si, e de dizer que tem o direito de questionar quando lhe é orientada alguma coisa que ela não compreendeu ou que não concorda. Eu acho que esse instrumento de empoderamento que a gente tem aqui no serviço passado para a população é uma das coisas fundamentais para que tenhamos uma sociedade consciente para saber como cuidar do seu corpo e questionar um profissional, na busca de saber porque ele me mandou fazer isso e porque você me manda fazer aquilo. Eu acho que esse é um dos grandes retornos que o serviço tem dado para a população, nós empoderamos pacientes, achamos que paciente tem que saber se cuidar, questionar quando ele acha que alguma coisa não é adequada. Então quer dizer, quando eu te digo que esse serviço tem uma política de uma sociedade justa e igualitária, eu estou dizendo que nós temos um projeto que não é desse mundo selvagem, nós estamos adaptados a esse mundo selvagem porque você não pode viver nas nuvens, mas o sonho real desse serviço, pelo menos o que eu compreendo, ainda é um sonho de igualdade. Portanto o projeto educacional que a gente pensa e que a gente sonha e tenta construir nesse serviço é um projeto humanizador, igualitário e socialista (G2 – auxiliar administrativo).

[...] ampliar, pela via da formação, a capacidade do trabalhador participar do processo de reflexão e discussão das suas próprias condições de trabalho, porque todo processo de formação amplia. A formação é um processo de empoderamento, no sentido de ampliar as chances dele se apropriar das suas próprias condições do seu processo de trabalho e criativamente interferir nele. Então quer dizer, somando o seu conhecimento prático, ao ampliado

pela capacitação recebida, ou que no mínimo deu consistência, e forneceu elementos para ter inteligibilidade de seu próprio processo de trabalho, para poder participar e melhorar as condições de trabalho, melhorando as condições do trabalhador (G8 - médico).

No depoimento anterior um gerente aponta o caráter de empoderamento dos trabalhadores presente nas atividades educativas como um meio que propicia a participação, reflexão sobre o processo de trabalho, condições de trabalho e a busca de mudanças.

Carvalho (2004) realizou uma revisão de literatura para refletir sobre os múltiplos sentidos da estratégia *empowerment* e conseqüências para um projeto de saúde que tenha compromisso com a transformação do *status quo* e a produção dos sujeitos e da saúde. O autor ressalta que as múltiplas interpretações do empoderamento encontradas na literatura dificultam a utilização deste conceito no campo da saúde.

O empoderamento pode ser compreendido como um sentimento de maior controle dos indivíduos sobre suas próprias vidas fortalecendo a auto-estima, adaptação ao meio e desenvolvimento da solidariedade, neste caso encontram-se práticas educativas voltadas à consciência sanitária e influencia dos indivíduos e coletivos no contexto de políticas e práticas macrossociais com a discussão de alternativas para mudança do *status quo*. Corresponde à politização da promoção da saúde discutida por Paulo Freire que implica na redistribuição de poder na sociedade, com uma postura de participação política ativa frente às determinações sociais e possibilidade de mudanças das condições sócio-culturais (Carvalho, 2004).

O *empowerment* é uma palavra de origem inglesa cuja tradução oferece o sentido de habilitar, tornar hábil, capacitar, prover de conhecimentos sem que haja transferência entre os sujeitos (Stotz, Araújo, 2004). Envolve um “método de construção de consenso que exige negociação e concertação social” (Stotz, Araújo, 2004 p. 14) por meio do qual os trabalhadores e usuários têm a oportunidade de expor, discutir e buscar corresponder suas necessidades.

Entende-se que o empoderamento remete a um processo de interação educativa que possibilita a ampliação da capacidade reflexiva,

dialógica, argumentativa e de tomada de decisão dos sujeitos. Pode ser entendido como um estágio inicial para a constituição da emancipação que ocorre com a participação política.

Em virtude da aproximação entre os conceitos de empoderamento e emancipação cabe sinalizar que a emancipação envolve uma esfera ampliada na dimensão da participação política para mudança do *status quo* que supera o sentido atribuído ao empoderamento. Coutinho (2000), afirma que a participação política possibilita a busca da construção de direitos por meio do exercício da cidadania, este, de acordo com Marx se refere à emancipação humana e corrobora com a concepção de educação na perspectiva da construção histórica e cultural.

Acredito que o principal resultado que buscamos, e conseguimos, é um pouco mais de auto-estima e cidadania. Isso se reflete na forma de organizar o dia a dia e, portanto, ter mais saúde, maior capacidade de intervenção, de busca de projetos de vida, de soluções, e isso se reflete na saúde, com certeza. Eu acredito que esse resultado é maior por conta de não transmitirmos apenas informações, mas de construirmos juntos, informações dentro de um aspecto mais amplo, que passa pelo corpo, cabeça, sociedade, e família [...] Porque eu acho que fazemos diferença ao ensinar um jeito de lidar com o corpo, com as emoções, com a família, com os remédios e com a dieta. A gente tem uma tecnologia que faz e passa uma tecnologia. Porque o paciente tem que ter uma tecnologia também. Acharmos que é só nossa [...] e ele vai e faz cegamente. Não é assim! Ele tem que aprender a se tornar uma pessoa que está usando uma unidade básica, tem que captar uma tecnologia de pensar o seu corpo, a dor, a sexualidade [...] Existimos porque, ao fazer as atividades com os usuários, buscando empodera-los, e nos empoderamos. Toda vez que você está empoderando o outro, você também se empodera. E ao se empoderar, você não aceita passivamente as coisas se deteriorarem. Então, aprendemos a melhorar a nossa relação de equipe, defender a democracia e a participação de todos quando ela sofre algum ataque (T23- auxiliar de enfermagem).

O excerto anterior mostra que a participação dos usuários e trabalhadores nas ações educativas promove um processo de empoderamento recíproco de modo que ocorre uma circularidade da capacidade argumentativa e reflexiva. Os usuários desenvolvem maior autonomia para lidar com o processo saúde-doença enquanto os trabalhadores constituem uma percepção crítica e assumem seu papel de contribuir para mudanças das práticas de saúde.

As atividades educativas para os trabalhadores da saúde configuram espaços de reflexão crítica sobre as necessidades dos usuários, trabalhadores e serviço. Stotz e Araújo (2004) afirmam que o processo educativo é um espaço de discussão dos problemas postos pela participação social com articulação de diferentes grupos sociais e interesses.

A construção de espaços de interação dialógica entre usuários e trabalhadores é um aspecto indispensável para a constituição da EPS nos serviços. Estes espaços coletivos de reflexão e busca de consensos sobre as práticas e necessidades de saúde mobilizam a capacidade argumentativa dos sujeitos, a participação social, a conquista de maior liberdade e autonomia nos atos de trabalhadores e usuários que pode, conduzir à emancipação.

5.5.3 A curto, médio e longo prazo: mudança da postura do trabalhador

Entre os depoentes 11 trabalhadores e cinco gerentes apontam que um dos resultados das atividades educativas é a mudança da postura do trabalhador que ocorre mediante as seguintes ações: compreensão do processo de trabalho desenvolvido no serviço, estabelecimento de vínculos com os usuários, melhora da interação entre colegas de trabalho, desenvolvimento de uma postura reflexiva sobre o processo de trabalho, aumento do comprometimento, da responsabilização pelas ações de saúde e a satisfação do trabalhador.

As mudanças dependem do desejo subjetivo em alterar o *status quo* e do domínio técnico-científico para operacionalizar um projeto de mudança. Para que sejam realizadas com êxito, as mudanças devem contemplar as pessoas, cultura e o funcionamento das instituições, pois dialeticamente as estruturas determinam à vida das pessoas e as mesmas pessoas constroem os valores e estruturas. Contudo, em geral, estas reformas se concentram nos indivíduos ou nas estruturas isoladamente (Campos, 1997).

No próximo excerto o depoente refere que a mudança de comportamento do trabalhador de saúde é resultado da atividade educativa no trabalho que ocorre em curto prazo. Os resultados do estudo de Montanha (2008) revelam que a possibilidade de mudança da postura em curto prazo é referida no depoimento de enfermeiros e depende de atividades educativas que sensibilizem o trabalhador às necessidades dos usuários. Ou seja, está relacionada a mudanças no processo de trabalho, no objeto de intervenção, quando ampliado para as necessidades de saúde dos usuários e não apenas restrito aos sinais e sintomas da doença. As necessidades de saúde dos usuários são apreendidas a partir de uma dada concepção do processo saúde-doença que podem estar de um lado relacionadas ao modelo biomédico, cujo foco está na doença e de outro na concepção ampliada da integralidade que enfoca além do elemento biológico, os aspectos sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença. Assim a mudança de postura dos trabalhadores pode ser potencializada à medida que o comportamento esperado esteja relacionado ao debate em torno do objeto de intervenção (Montanha, 2008).

Do ponto de vista educativo o resultado em curto prazo está mais ligado à mudança de comportamento. Porque evidentemente que a mudança de comportamento, tem um impacto, não só no sujeito que está tentando mudar o comportamento, quer dizer, está investindo numa transformação, mesmo que aquele resultado seja limitado, e mais rapidamente alcançável [...] Ele nem está entendendo muito bem por que ele está abandonando aquele comportamento anterior. Na sua essência não está convencido totalmente, muitas vezes, que ele vai ter que mudar o comportamento. É muito importante que ele tome isso como uma tarefa e invista nisso. Agora, o que considero mais efetivo nesse aprendizado? Que ele o mais rapidamente possível mude o comportamento, aprimorando e compreendendo melhor, o mais globalmente possível. Ele vai se convencendo da necessidade de mudança, isso vai garantir sua permanência (E17 – terapeuta ocupacional).

Nos próximos excertos os depoentes referem resultados individuais das atividades educativas dos trabalhadores da saúde. No primeiro relato um gerente aponta que os resultados não são revertidos para o serviço que investiu no desenvolvimento profissional do trabalhador, pois os resultados da capacitação sempre são individuais. No segundo relato um trabalhador

refere que as atividades educativas mudaram sua vida, contudo seu potencial de contribuir para a formação de ótimos profissionais depende do interesse e envolvimento do trabalhador.

Se continuar do jeito que é feito eu acho que o impacto é que nós vamos ter profissionais, dependendo do número de cursos que ele fez, com formações bastante desiguais. Se mando várias vezes a mesma enfermeira para eventos, ela vai ter um tipo de formação, e a outra não terá. Então acho que esse é um risco que corremos de ser bastante equilibrado para poder, ofertar mais ou menos de uma forma homogênea os cursos conforme aparecem. Sabendo que isto não tem impacto coletivo, o impacto é sempre individual. Então acho que o benefício é esse porque a prefeitura favorece um crescimento pessoal (G5 - enfermeiro).

Eu sou um bom exemplo de que a capacitação pode ajudar e prepara a pessoa, faz o profissional. Eu acho que os resultados para mim, na minha vida foram ótimos. Então acho que isso é bem individual. O que eu sabia? Vamos colocar que cinco anos atrás o que eu sabia de fitoterapia, de horta, de hipertensão, de diabetes? Eu não sabia nada! Trabalhei 18 anos no setor de saúde, no convenio médico do Banespa 18 anos e sabia pouquíssimo sobre doenças mesmo. Eu sabia outras coisas relacionadas com o convênio, mas em questão de saúde, doença, processos, nós nunca tivemos capacitação lá. Então vou dizer que a curto e longo prazo é fantástico de acordo com o interesse do profissional. Ele pode se tornar um ótimo profissional, então eu acho que é muito bom, claro que depende do empenho de cada um (E21 – agente comunitário de saúde).

Embora os depoimentos anteriores mostrem que os resultados das atividades educativas de trabalhadores são predominantemente individuais espera-se que em alguma medida a mudança das práticas ocorrerá de modo recíproco entre os trabalhadores e os serviços para que seja satisfatória.

As mudanças promovidas pelas ações educativas não podem estar circunscritas ao trabalhador, pois também expressam aspectos que estão na estrutura e nas práticas de saúde.

Para realizar mudanças no serviço é preciso considerar o papel do trabalhador em incorporar saberes técnico-científicos, reconstruir valores e concepções empregadas nas práticas de saúde para atuar nesta direção. Cabe retomar a discussão a respeito das mudanças das práticas de saúde realizada por Campos (1997), que considera a indissociabilidade da mudança do trabalhador à mudança nas estruturas ou serviços de saúde. Assim, a mudança pode partir do trabalhador ou do modo de organizar o

serviço de saúde, ou seja, quando o trabalhador se modifica pode contribuir para desencadear mudanças no serviço e vice-versa.

A mudança das práticas de saúde tem uma relação recíproca entre o trabalhador e o serviço. Não se pode implantar um novo modelo assistencial satisfatoriamente sem que o trabalhador esteja mobilizado para reconstruir as práticas de saúde. De modo correlato, a aplicação dos saberes apreendidos pelo trabalhador nas atividades educativas pode desencadear mudanças individuais e coletivas no processo de trabalho realizado no serviço influenciando a recondução da organização do trabalho.

A EPS é reconhecida como um dispositivo para a mudança das práticas de saúde na interface do mundo do trabalho com a educação. Propicia a problematização e reflexão sobre o processo de trabalho em espaços de construção dialógica, interativa, que aproximam o cotidiano de trabalho das necessidades dos usuários/população, trabalhadores e serviço. A adesão dos trabalhadores aos projetos de mudança é facilitada pela estratégia da aprendizagem significativa, por considerar suas experiências prévias, valores, interesses, opiniões junto à realidade das práticas de saúde nos serviços (Brasil, 2004a,b; Ceccim, 2005b; Ceccim, Feuerwerker, 2004a).

Outro aspecto identificado nos relatos sobre os resultados esperados das atividades educativas de trabalhadores da saúde refere-se a mudança da postura do trabalhador para melhora da qualidade dos serviços.

A melhora da qualidade da assistência prestada aos usuários/população é um resultado mencionado por 11 trabalhadores e oito gerentes em três principais sentidos: a qualidade do trabalho melhora quando o trabalhador compreende o processo de trabalho, adquire novos conhecimentos nas atividades educativas e aplica-os nas ações de saúde e ou sente-se satisfeito com as oportunidades de desenvolvimento profissional proporcionadas pelo serviço por meio das atividades educativas realizadas no trabalho.

A qualidade se refere à prestação de serviços diretamente relacionados às necessidades dos consumidores (Nogueira, 1999), assim nos serviços de saúde a qualidade da atenção se refere às necessidades dos usuários e de suas particularidades.

No tocante ao primeiro sentido atribuído à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população/usuários, três trabalhadores e três gerentes apontam que a participação em atividades educativas favorece a compreensão do processo de trabalho desenvolvido no serviço.

Em longo prazo acho que é essa coisa mais educativa de digerir aos poucos a educação e o entendimento do trabalho. Eu entendo um pouco melhor o meu trabalho, não imediatamente, porque ocorre um acúmulo no decorrer do tempo. Eu acho estranho isso, porque na educação, você acumula a informação, e tem que utilizar a memória, lembrar, sentir e deixar aquela situação latente. Conforme você trabalha, utiliza aquilo como se fosse ferramenta. Toda vez que ouço uma pessoa, busco entender sua fala utilizando minha memória. Para localizar qualquer solução, na hora o meu cérebro faz várias relações teórico-práticas e tento fazer. Quanto mais informações houver no seu imaginário, maiores as condições de encaixar esse problema (T13 – auxiliar técnico administrativo).

Acho que o resultado é trabalhar conhecendo melhor o que está fazendo. Quando consigo perceber o meu trabalho, o contexto onde está inserido, o que tenho que fazer; isso propicia a fazer melhor o trabalho, se conhecer melhor. Se você estiver fazendo isso, faz toda a diferença, você desempenha melhor o trabalho é capaz de se dar melhor (T16 – técnico de informática).

A finalidade é melhorar o trabalho e ajudar o trabalhador a entender o trabalho que ele faz para que o realize melhor, com prazer e consciência. Então, acho que nesse sentido é ajudar o trabalhador a exercer sua atividade de uma forma mais prazerosa e consciente. Porque você está num trabalho, principalmente o serviço público assim, que você tem consciência de uma série de fatores, questões políticas. O serviço público, especificamente no Brasil, tem uma fama que o trabalhador tem uma responsabilidade política, é isso! Falei, está falado! Isso é difícil, porque está pensando no trabalho, simplesmente. Eu venho aqui, faço o meu trabalho e pronto! Quem trabalha no serviço público, tem seus problemas, mas podemos melhorar. Isso depende de melhor integração com a população. Então, eu acho que um tipo de atividade educativa voltada para essa questão dos trabalhadores, seria importante, discutir o papel do trabalhador no serviço público de saúde. Como ele se enxerga, como ele enxerga esse serviço? Será que tem essa visão de integralidade do SUS como um Sistema Único de Saúde para todos. Em médio prazo eu acho que seria melhorar o atendimento, a excelência do serviço (T24 – agente comunitário de saúde).

Em relação ao segundo sentido atribuído à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população/usuários, um gerente refere que a aplicação dos novos conhecimentos nas práticas de saúde melhora a qualidade do trabalho e para que isto aconteça é necessário interferir no

modo de organizar o trabalho através de ações de avaliação e desenvolvimento do trabalho em equipe. Nesse sentido, entende-se que o entrevistado coloca em pauta a relação teoria e prática no trabalho em atenção básica.

Acho que a primeira é a qualidade do trabalho, de você atingir, atender, desenvolver, de acordo com o conhecimento acumulado e as experiências. Mesmo quando você tem um determinado conhecimento que reverta em termos de qualidade, você precisa organizá-lo em ação, investir na organização do trabalho, em formas de trabalhar em equipe, de avaliar, de inserir o sujeito que acho que é necessário. Acho que isso é o principal (G4 - médico).

Para aplicação do saber teórico às práticas de saúde é importante considerar as condições de trabalho e a articulação entre educação, gestão, controle social e atenção à saúde. Kuenzer (2002) considera que a articulação da teoria à prática está dialeticamente relacionada ao processo de construção do conhecimento e de transformação do trabalho.

É necessário tomar o ambiente de trabalho como espaço privilegiado de aprendizagem para o trabalho com base na reflexão sobre as práticas de saúde para a incorporação de ações que possibilitem sua reconstrução por meio de atividades educativas de trabalhadores pautadas na EPS.

O terceiro sentido atribuído à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população/usuários se refere à mudança da postura do trabalhador relacionada ao sentimento de satisfação pela oportunidade de participar de atividades educativas que contribuem para o desenvolvimento do trabalho e melhora da sua qualidade.

A satisfação no trabalho é um resultado mencionado por oito trabalhadores e cinco gerentes. Segundo Tamayo e Abbad (2006), a satisfação está relacionada ao autoconceito profissional que pode ser entendido como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo em relação ao trabalho e às tarefas que executa. Esta percepção representa a satisfação ou insatisfação que o trabalhador sente consigo mesmo, nas relações interpessoais que estabelece e nas ações que realiza no serviço onde trabalha.

Podemos ser profissionais melhores. Utilizarei como paciente o que sei e aprendo para melhorar sua vida. Acho que tem essa

questão também do prazer que se sente ao oferecer um trabalho melhor no serviço. Assim o trabalhador não faz por fazer pois sente prazer no que faz. Quando você tem mais conhecimento, tem essa troca de experiência, coloca em prática um negócio que funciona, que ajuda, você se sente bem consigo mesmo. Busco isso, gosto do que faço e procuro fazer coisas que gosto para ter prazer no que faço. Acho que isso ajuda você a se sentir bem no seu trabalho, apesar de todos os problemas que a gente tem no serviço público, para ter prazer no que faz. Então você estar reciclado e informado, é muito bom para isso, até para a saúde mental da gente (T14 – fisioterapeuta).

Aconteceram muitas coisas que melhoraram a UBS de uns tempos para cá, então, eu sinto satisfação de estar trabalhando aqui. Embora nós tenhamos as nossas dificuldades, com a quantidade de funcionários, que talvez nunca seja suficiente para a demanda. Já foi muito pior, então eu sinto um pouco de orgulho da situação que ela está agora. As capacitações voltadas para nós, também trazem esse resultado (T26 – auxiliar técnico administrativo).

Eu vejo assim, melhorar o trabalho do trabalhador, qualificar para atender melhor a população, aprender mais coisas, trabalhar melhor, e ficar satisfeito com seu trabalho (T10 – psicólogo).

Pela experiência que eu tenho de ver o pessoal trabalhando, acho que em curto prazo é a satisfação de trabalhar aqui. O trabalhador satisfeito vai tratar o paciente e o usuário melhor, vai ter mais segurança no que faz (T22 – auxiliar administrativo).

Os três sentidos relacionados à melhoria da qualidade da assistência prestada mostram que não se trata de uma referência superficial e estereotipada à qualidade dos serviços, decorrente de investimentos na educação de trabalhadores. Afinal, sinalizam aspectos relevantes para a mudança das práticas de saúde: a compreensão do processo de trabalho, a relação teórico-prática e a satisfação do trabalhador.

A EPS propicia a articulação dos trabalhadores da saúde em prol da mudança das práticas. A participação ativa, troca de experiências e construção coletiva contextualizada ao processo de trabalho é uma estratégia favorável para a transformação das ações de saúde (Brasil, 2004a,b; Ceccim 2005a,b; Ceccim, Feuewerker, 2004a).

A manutenção dos resultados relacionados à mudança da postura do trabalhador com a aplicação do saberes apreendidos depende da atividade de supervisão, segundo, três trabalhadores e três gerentes. Os relatos mostram que a supervisão é fundamental para manter, fiscalizar e controlar

a presença de desdobramentos da atividade educativa no processo de trabalho.

Como já apresentado anteriormente, a supervisão é discutida por diversos autores Silva (1997), Correia, Servo (2006), Servo, Correia (2006), Servo (2001), Simões, Garrido (2007) como um instrumento de controle do processo de trabalho para atingir objetivos satisfatórios na assistência prestada.

Para Mendes-Gonçalves (1994), a supervisão busca manter o padrão normativo necessário no desenvolvimento das práticas de saúde executadas. Refere-se ao controle como uma tendência de apreensão do objeto de trabalho indicativo da tecnologia do trabalho, ou seja, os saberes técnicos estruturados que serão empregados na assistência à saúde.

Na discussão dos resultados deste trabalho, a supervisão já foi apontada no tocante às concepções de educação dos trabalhadores e gerentes e no processo de levantamento de necessidades para as atividades educativas. Nos próximos relatos, os depoentes apontam que a supervisão é um instrumento do processo de trabalho que propicia a continuidade das atividades educativas através do acompanhamento das ações dos trabalhadores, reflexão, discussão sobre as práticas de saúde, orientação e identificação de necessidades dos trabalhadores que podem ser correspondidas por atividades educativas. O sentido da supervisão educativa é discutido por Silva (1997), Correia, Servo (2006) e Servo, Correia (2006), ao considerar o potencial educativo da supervisão como elemento facilitador para a avaliação e incorporação de mudanças nas práticas de saúde.

A médio prazo acho que depende da supervisão, para manter a discussão de casos, da organização do trabalho. A longo prazo, é aquilo que dei como exemplo no trabalho dos agentes, para o qual você precisa ter instrumentos que mantenham, não só do ponto de vista verbal, mas um pouco mais material aquela questão e também cruzar aquela discussão com outras (G4 - médico).

No começo muda, depois você acaba sempre vendo que volta ao normal, ao que era antes. não sei se é porque agora tem a prefeitura e a fundação. Antigamente você tinha mais orientações, uma escala, por exemplo, a enfermeira faz a escala para todo mundo passar naquele setor de trabalho. Antigamente tinha uma cobrança, agora você não vê mais isso, você vê sempre a mesma

peessoa no mesmo lugar, assim, um sabe fazer, sabe te dar a informação e o outro não sabe. Entendeu? Tinha que ter mais cobrança do pessoal e mudar a escala sempre, não aquela auxiliar ficar sempre ali no almoxarifado, ela deveria passar em outras áreas também, curativo, vacina (T6 – auxiliar de consultório dentário).

Foi oferecido o treinamento e existe uma pessoa responsável para ver se essas atividades estão sendo exercidas ou não. Acho que cabe à enfermeira, ela tem condição. Você fez o treinamento, está colocando em prática? Olha, eu estou te observando! Assim, a pessoa vai perceber, que alguém está de olho nela. O enfermeiro precisa fazer isso com todos. Pelo que aprendemos na filosofia do PSF, o agente de saúde, é o elo de ligação entre o posto e a comunidade. Quem alinhava tudo isso é o enfermeiro, porque ele está entre o médico, o auxiliar e o agente de saúde. Então seu papel é importante, as enfermeiras têm muito trabalho, só que o trabalho poderia ser melhor. Se houver uma equipe capacitada e bem treinada o trabalho flui, agora, se você tiver uma equipe e não vir resultado na prática, você jogou pérola aos porcos, é a minha opinião (T12 – auxiliar de enfermagem).

5.6 Entraves para o desenvolvimento da EPS

Os entraves para o desenvolvimento da EPS nas UBS estudadas contemplam três aspectos. O primeiro é a dificuldade de distinção entre as concepções de educação em saúde de usuários e de educação de trabalhadores em saúde. O segundo é a política de recursos humanos em saúde e o terceiro é a intensa rotina de trabalho.

A discussão dos entraves não está prevista nos objetivos deste estudo, por isso, não foi realizada em profundidade. Os resultados que apontam entraves são apresentados de modo sucinto devido sua presença no material empírico e relevância no tocante ao objeto de estudo, as atividades educativas dos trabalhadores da saúde na atenção primária.

5.6.1 Ausência de distinção entre as concepções de educação em saúde para usuários e de educação de trabalhadores da saúde

A educação para a saúde faz referência às ações em grupo ou individuais que podem modificar as crenças, as atitudes e os comportamentos a respeito de saúde dos usuários/população. Assim, como instrumento a serviço da saúde, a educação em saúde comporta duas subdivisões: a prevenção das doenças e a promoção da saúde. A prevenção está relacionada à educação terapêutica do paciente. A promoção sugere uma educação para a manutenção de uma boa saúde que não ocorre espontaneamente, pois depende do modo de vida do usuário, assim como do contexto sócio, histórico e cultural (Paul, 2005).

Três modelos, associados a três abordagens diferentes da saúde, hoje se justapõem: o da saúde positiva, referindo-se ao bem estar que importa preservar no modelo de atenção à saúde preventivista; o da saúde negativa, ligado ao modelo biomédico, para o qual a referência é a doença que convém evitar; por fim, o modelo da saúde global, pautado na complexidade biopsicossocial e histórico cultural que influenciam o processo saúde-doença (Paul, 2005) aproximando-se da noção de integralidade na saúde.

As concepções de educação apresentadas pelo grupo de entrevistados estão diretamente relacionadas ao contexto no qual estão inseridos já que toda representação é uma construção sócio-histórica. Alguns trabalhadores demonstraram que não possuem clareza na distinção entre as atividades educativas para trabalhadores da saúde e as atividades de educação em saúde para os usuários. Seu discurso revela uma confusão entre estas concepções, pois durante o trabalho de campo mesmo sendo questionados a respeito das atividades para trabalhadores falaram a respeito de ações de educação em saúde e referiram exemplos de suas experiências com grupos educativos. Pode-se pressupor que a história de implantação da atenção básica no município paulistano, com ênfase na educação sanitária

tenha influenciado a ocorrência desta confusão e sua relevância no campo da saúde.

A saúde pública paulistana se organizou a partir do modelo bacteriológico ou epidemiológico, vigente de 1889-1925, baseado na epidemiologia e na revolução pasteuriana ocorrida na segunda metade do século XIX. Neste período o controle das doenças era uma questão de polícia realizado de modo fiscalizatório e coercitivo. De 1925 a 1960 se estruturou o modelo médico sanitário com a criação de centros de saúde para atenção aos grupos populacionais cujo trabalho estava fundamentado na educação sanitária, prevenção e controle de doenças transmissíveis. Durante essa fase os centros de saúde não atendiam os doentes e os médicos exerciam a medicina preventiva por meio do controle dos indivíduos saudáveis (Villa, Mishima, Rocha, 1994; Mendes-Gonçalves, 1994).

Ao longo do século XX numa perspectiva de saúde mais moderna, as práticas educativas em saúde perderam o caráter autoritário e coercitivo, voltando-se para a mudança de comportamentos em relação à saúde e para valorização do saber técnico científico dos trabalhadores que estimulavam a população a adotar comportamentos cientificamente aprovados (Vasconcelos, 2001).

Neste contexto a educação sanitária ganhou destaque como uma estratégia de manter a saúde individual por meio de ações coletivas. As políticas de saúde do governo brasileiro criaram possibilidades de expansão da medicina comunitária voltadas às populações mais pobres que constituem os serviços de atenção básica, espaços privilegiados da educação em saúde (Vasconcelos, 2001).

A educação em saúde pode ser entendida como uma prática baseada no diálogo e na troca entre o saber científico e o popular. Pressupõe que o conhecimento político de um cidadão e a construção de sua visão de mundo nasce da compreensão que tem do que acontece com o seu corpo, com a sua família e com o meio em que vive (Vasconcelos, 2001).

Há um fosso cultural entre os serviços e os usuários/população em que um lado não compreende as atitudes do outro, sendo assim a educação popular está voltada a esta superação com base nos interesses políticos da

população. A participação popular é um dos princípios de gerenciamento do SUS, por isso busca ampliar a interação cultural e de negociação entre usuários/população e os trabalhadores dos serviços para que a educação em saúde seja um mecanismo de construção da participação popular e de reorientação das práticas de saúde (Vasconcelos, 2006).

A confusão entre as atividades educativas para trabalhadores da saúde e as atividades de educação em saúde para os usuários está presente no relato de três gerentes das seguintes categorias profissionais, enfermeiro, assistente técnico administrativo e médico, contudo não será analisada no presente estudo.

No grupo de trabalhadores há 14 depoentes que confundem estas ações, situação que predomina entre as categorias profissionais para as quais as atividades educativas para os usuários constituem meio ou instrumento para o desenvolvimento de seu processo de trabalho tais como: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, educador, dentista, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo assistente social e psicólogo.

As atividades educativas são destinadas à toda a comunidade que frequenta o serviço incluindo os usuários, os trabalhadores, os estudantes, pesquisadores, todos estão envolvidos em um conjunto de atividades educativas que tem especificidades considerando cada um dos envolvidos [...] Considerando os usuários, todos os potenciais clientes dos nossos serviços, também entendidos como alvo de ações educativas de diversos tipos, incluídas nas atividades de atendimento individual, de atendimento em grupo, nas atividades de sala de espera e outras formas de divulgação de informação dentro e fora da unidade. Se considerarmos que existe um componente educativo forte nas atividades de assistência, elas ocorrem diariamente, agora as atividades específicas são mais eventuais. Existem atividades tanto na UBS, como na comunidade com periodicidade não muito bem definida, mas que sempre são realizadas como as atividades de discussão em sala de espera e atividades com grupos da comunidade que ocorrem eventualmente (G3 - médico).

Eu acho que a educação, por exemplo, ao invés da pessoa ir lá todo mês, curar o problema específico que é uma dor de cabeça, devem fazer um estudo mais profundo. Assim, ao invés de dar todo mês remédio para o usuário, busca-se entender como ele vive, sua situação social, se é um problema da família, se os irmãos ou pais tem algo parecido. Parece que é essa a intenção deles na atenção primária (T13 – auxiliar técnico administrativo).

A educação em saúde construída a partir do diálogo entre o saber popular e o conhecimento técnico científico representa uma ruptura com a tradição impositiva das práticas de saúde, com possibilidades de reflexão sobre a realidade e de emancipação dos usuários por meio de uma postura ativa de atuação em suas próprias vidas e seu processo saúde-doença. Para Vasconcelos (2001), a educação popular possibilita a articulação entre os diferentes saberes para buscar novas formas de enfrentar os problemas sociais e de saúde em um processo de reflexão para constituir ações que transformem a realidade. O autor reconhece que esta estratégia:

[...] busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento de estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (Vasconcelos, 2001, p.124).

5.6.2 A política de Recursos Humanos em Saúde

O ponto de partida para as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil foi a carência, má distribuição dos trabalhadores e a necessidade de programas de capacitação, discutidas na III Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963. Nesta conferência as atividades educativas para trabalhadores da saúde foram propostas para evitar o desajustamento técnico dos trabalhadores e evitar que deixasse o local de trabalho (Sayd, Vieira Junior, Velandia, 1998)

Na VII CNS em 1980, o desenvolvimento de recursos humanos no tocante à supervisão e educação continuada foi reconhecido como elemento indispensável para a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos na busca de substituir o profissional especialista pelo generalista e ampliar as ações preventivas com enfoque na realidade local dos serviços de saúde (Sayd, Vieira Junior, Velandia, 1998).

Em 1986, a partir da VIII CNS houve uma inflexão na política de RH que passa a ter mais visibilidade no cenário das políticas de saúde com a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde na qual foram discutidas a ausência da política de recursos humanos, as desigualdades de inserção no mercado, a distribuição geográfico-social, a composição das equipes de saúde, a valorização profissional, a formação de recursos humanos e a necessidade da educação continuada (Sayd, Vieira Junior, Velandia, 1998; Dal Poz, 1996). A partir deste momento a reflexão sobre as políticas de recursos humanos em saúde foi estimulada e valorizada no campo da saúde.

O modo de organização adotado pela sociedade capitalista impõe desafios e problemas a serem geridos pelas políticas de recursos humanos em saúde. Os trabalhadores e gerentes da AB entrevistados neste estudo apontam aspectos que merecem destaque: diferentes vínculos de trabalho no mesmo serviço, instabilidade nos contratos de trabalho, falta de valorização do trabalhador, falta de clareza a respeito da política de recursos humanos vigente no município, desigualdade de investimentos na qualificação dos trabalhadores com diferentes vínculos profissionais em geral entre os trabalhadores que estão inseridos em ESF que recebem maior atenção e capacitação do que aqueles que não estão nas ESF.

A tensão entre a flexibilidade e a estabilidade do emprego nos serviço de saúde é uma das questões para a qual se volta á política de recursos humanos em saúde. A flexibilidade da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como opção de emprego está presente no mundo do trabalho desde meados dos anos 1990. Os vínculos de trabalho flexibilizados são mais autônomos e temporários, e em alguns casos geram vínculos de trabalho informais com baixa remuneração, como no caso dos agentes comunitários de saúde (Nogueira, 1999).

Os vínculos de trabalho nas instituições públicas prestadoras de serviços SUS (Sistema Único de Saúde) podem ser distinguidos em dois grandes grupos, conforme sua subordinação institucional – os internos e os externos. Os vínculos internos estão compostos por trabalhadores estatutários, trabalhadores que seguem a Consolidação das Leis do

Trabalho CLT (denominados informalmente celetistas) e ocupantes de cargos comissionados, caracterizados por dependerem diretamente da administração pública, com suas normas e estruturas de poder (Escrivão, Malik, Kishima, 2006).

Os vínculos externos estão compostos por trabalhadores celetistas, autônomos e informais, que dependem da administração realizada por entidades privadas – empresas, cooperativas e Organizações não Governamentais (ONGs) – instituições filantrópicas ou beneficentes, entre outras – com as quais o setor público mantém relacionamento de contratação ou de parceria (Escrivão, Malik, Kishima, 2006).

Nogueira (1999) considera que a tensão existente no tocante a estabilidade e a flexibilidade no contexto das políticas de recursos humanos é necessária e pode mobilizar a definição destas políticas. Diferentes interesses são colocados em jogo e possibilitam a reflexão dos gestores na busca de estabelecer regras para a convivência da flexibilização com a estabilização no trabalho.

Nos próximos excertos os depoentes referem a problemática gerada pela presença de diferentes vínculos de trabalho nas UBS. Alguns trabalhadores têm estabilidade enquanto outros se sentem ameaçados com a possibilidade de desemprego latente.

Temos um problema, porque somos uma unidade mista, temos funcionários da prefeitura e outros que são CLT, contratados de outra maneira, por isso podem ser mandados embora a qualquer momento. Então tem esse terrorismo, que o trabalhador deve se comportar, senão será mandado embora. Há outros problemas também, aí gera um conflito, porque essas pessoas que são agentes de saúde também são moradores, e eu também sou morador da região, e a gente praticamente invadiu a instituição e agora ela é nossa! Então tem atividades que as pessoas que são CLT fazem e outras que as enfermeiras e os médicos não fazem, grupos de hipertensão, visitar as casas; as pessoas da prefeitura não fazem esse tipo de coisa (T13 – auxiliar técnico administrativo).

Como nós temos funcionários de vários tipos aqui na UBS, temos celetistas, servidores, numa época nós tínhamos uma servidora do Estado, os servidores que nós temos agora são da Prefeitura. Dentro da Prefeitura há os que são efetivos e os que são contratados. Aquele contrato de emergência, e que já estão renovando há muito tempo, pessoas concursadas como eu, que também tem outro tipo de vínculo, quer dizer, algumas coisas eu posso e eles não podem, por conta desse concurso. Temos o

estagiário também, então são várias coisas que vão gradualmente sendo aprendidas. Então essa formação é muito lenta, ela é em longo prazo, para você poder assimilar tudo (T26 – agente de políticas públicas).

A seguir uma gerente aponta a diferente possibilidade de progressão na carreira oferecida aos trabalhadores de nível superior e de nível técnico. Nogueira (1999, p. 432) afirma que “a carreira é um meio moderno de valorização da força de trabalho, é parte de uma necessária justiça redistributiva voltada para o reconhecimento dos méritos e do esforço pessoal”.

A gente tenta inserir a educação e os processos de educação, na rotina do trabalho de modo que ao mesmo tempo em que ocorre o atendimento há aprendizado. Mas a demanda por momentos formais, de treinamento, de reciclagem, de cursos e tudo mais, é sempre grande e existe uma certa frustração. Eu acho que também é um subproduto do ambiente acadêmico, porque as pessoas como eu, falavam anteriormente, que o segmento do nível universitário tem uma possibilidade de progressão na carreira bem definida, o pessoal pode fazer uma pós-graduação, uma especialização, por isso a ascensão graus de carreira, pode se tornar docente. O pessoal, não de nível universitário não tem uma carreira com essa mesma natureza, existe a carreira funcional, mas progressão é muito mais modesta, difícil, menos baseada nesse tipo de progresso da carreira universitária. Acho que num ambiente como na UBS existe essa tensão, que alguns têm uma carreira bem definida baseada na educação, na qualificação progressiva e para outros acaba parecendo que a única oportunidade de crescer é optar por uma outra carreira. É o que muitos fazem, nossos funcionários de nível médio, especialmente e até os de nível básico estão aqui para fazer faculdade dos mais diversos tipos, muitos na área de saúde, mas alguns não, porque só vêm através daí a possibilidade de progressão, de crescimento. A consequência disso, é que pra muitos, por mais que se dedique a sua carreira atual, por mais que se ofereçam condições pra ele evoluir dentro dela, essa inserção atual é uma inserção sempre provisória. Embora muitos continuem por contingências da vida nessa carreira até se aposentar, de modo que o sentimento de que a possibilidade de evolução está fora dela deixa um pouco esse gosto amargo (G3 - médico).

5.6.3 Intensa rotina de trabalho

Os trabalhadores e gerentes entrevistados referem que as demandas cotidianas de trabalho nos serviços são intensas, de modo que o tempo

torna-se escasso para participarem de atividades educativas. Alguns não têm possibilidade de se ausentarem de seus postos de trabalho para participar de ações educativas e quando participam estão sujeitos a interrupções inesperadas mediante a solicitação de colegas de trabalho e usuários.

Então a gente faz muito isto, temos bons profissionais, pessoas que tem boa bagagem, bom conhecimento, mas tudo que é feito dentro parece que é desconcentrado, ou porque ficam batendo na porta, ou porque ficam chamando as pessoas. Assim, ela não consegue de fato se apropriar (G5 - enfermeiro).

[...] às vezes a pessoa não faz porque não quer ou não tem interesse, mas porque não dá tempo. Então eu ouvi muita gente falando assim, ah eu não posso mais ir ao Lian Cun. Ah, porque eu saí do curativo e eu estou não sei aonde, ou é porque – ah começou a minha aula! Enfim, esse lado do trabalhador não poder participar de tudo é uma coisa preocupante (T3 - fonoaudiólogo).

Os trabalhadores técnicos de nível superior referem que possuem uma demanda de atendimento aos usuários permanente que está presente em sua agenda diária por isso muitas vezes é difícil remanejar este compromisso para participar de atividades educativas.

[...] o problema é nossa agenda de atendimento também, tem profissional que fica um pouco amarrado com a agenda. Isso tem que ter mesmo, agenda de atendimento, você tem que exercer sua função aqui dentro, e as vezes, os cursos vem assim, você fica sabendo muito em cima da hora e a sua agenda já está ocupada. Então você não pode participar em função da agenda, tem esses entraves também. Mas aí o problema é da central que manda em cima da hora e isso não é muito raro de acontecer não, às vezes você deixa de participar de alguma atividade, porque você já tem agendamento e para dispensar tanta gente é complicado, então você deixa de fazer, alguns casos ocorre (T9 - psicólogo).

Falta uma visão gerencial que veja esse conjunto, que saiba que não vai atender uma meta quantitativa de consultas que também não deve ser o melhor para a área da saúde. Eles não descontam isso na hora que tem um treinamento, parece que não valorizam isso, que é importante. Essa é uma parte que angustiava muito os médicos, porque a gente começava os cursos, é feito assim: “Agora vocês vão fazer esse protocolo e vai demorar só 30 minutos para aplicar nos pacientes, e vai ter que aplicar e preencher essas três folhas”. Nós já discutíamos: “Não vai dar tempo, porque a consulta é de 20 min e a agenda é fechada”. Agora informatizaram a agenda e parece aquela cena dos tempos modernos, o cara entra na máquina e fica servindo com a pessoa, a gente serve o computador. Então aí eles falam não esse fórum

não é para discutir tempo de consulta e organização, esse fórum é só para treinar isso! Então tinha uma certa alienação do processo de trabalho! (T2 - médico).

Os trabalhadores se queixam da cobrança por metas quantitativas mensais de atendimentos que devem ser realizados em um tempo máximo pré-estabelecido desconsiderando a peculiaridade das necessidades dos usuários. Para eles esta situação provoca a desvalorização das atividades educativas pelo trabalhador devido à impossibilidade de se ausentar da assistência direta aos usuários/população e não reconhecer sua importância para o desenvolvimento do trabalho. Assim, as ações educativas passam a representar um ônus para o serviço e para o trabalhador que se sente sobrecarregado pelo excesso de atividades que não trazem impacto para as práticas de saúde. Os trabalhadores também apontam a necessidade de motivação para aumentar o interesse pelas atividades a partir compreensão dos desdobramentos da capacitação sobre o trabalho.

Imagina todo dia 20 tem um fechamento, todo dia 20 a gente se organiza para o mês que vem. Você faz toda a sua agenda, aí de repente chega, tem que ir amanhã num curso de Tb, amanhã no curso tal, então você desorganiza sua vida e isso passa a ser um peso também, porque você tem que dar conta das suas metas, independente de curso e de não sei o que for você tem que dar conta das metas. Existe uma pressão das metas, então você automaticamente desvaloriza o trabalho, porque é um dinheiro que foi gasto, veio um profissional para te ensinar, é tempo e dinheiro que está indo para o lixo. As pessoas não valorizam, porque não foram preparadas para aquilo, nem para receberem, nem para ver o valor da capacitação, nem para sua organização. Então aquilo lá desvaloriza, você está garantindo um investimento que não vai ter retorno. Às vezes a pessoa não valoriza porque acha que é repetitivo, hipertensão e tuberculose tem há vários anos, então ela acha que aquilo não vai acrescentar e vai mexer na agenda dela, porque vem tudo em cima da hora. Às vezes não valorizam muito por isso, por problema do trabalho, da agenda. Fica repetitivo, então, se tivesse um incentivo, até da própria chefia. Tem capacitação de hipertensão de novo e todo mundo é obrigado a ir, então não valoriza aquilo lá, não existe um incentivo. Tem que ter um incentivo da capacitação para as pessoas entenderem que é algo para melhorar o seu trabalho, não existe aquela coisa de fortalecer, um incentivo para as pessoas desenvolverem um bom trabalho, independentemente do fato de estar ganhando bem ou mal, aquela coisa da pessoa mesmo fazer um bom trabalho porque ela vai se sentir bem. Vai ser bom para o usuário, para as pessoas com que você trabalha e para você, aquilo que você vai acrescentar. A gente podia até fazer uma pesquisa para levantar as necessidades de capacitação, mas o problema é que as pessoas não querem mais, elas estão tão sobrecarregadas que

vêm a capacitação como um peso. Uma coisa que tem que mudar é a mentalidade, porque não é uma coisa que vai tirar de você, ele vai te dar, mas as pessoas acham que aquele tempo ali, porque nós temos as metas, nós temos as coisas que tem que fazer sempre, as obrigações, agendas, prazos, tudo. (T21- agente comunitário de saúde).

Surgem menos cursos para serem feitos pelo pessoal da administração, porque o pessoal da recepção, pelo motivo de não conseguir sair de lá. Eles não conseguem sair do posto de trabalho nem para reunião. É muito complicado, porque é um setor que está no limite de trabalhadores, não tem como você substituir uma pessoa. Quando está de férias é um horror, porque às vezes tem que sair pessoas de outros setores para poder cobrir. Então, eles não têm muita oportunidade de sair para formação, e seria importante uma formação para eles porque como eles estão ali na linha de frente. Eu já senti muita falta de uma formação de pronto atendimento. Você olhar a pessoa e falar: "Olha, esse daqui precisa ir urgente para lá!" E o pessoal da recepção acaba tendo que passar isso, essa avaliação para o acolhimento (T26 – agente de políticas públicas).

A seguir um depoente relata que os trabalhadores possuem dificuldade em aplicar os novos saberes apreendidos nas ações educativas na realização do processo de trabalho. Na pesquisa de Viana et al (2008) a inadequação dos conteúdos às necessidades da prática dos serviços de saúde, a falta de planejamento integrado da capacitação com o funcionamento das equipes foi citada como um entrave.

Tem uma distancia muito grande entre o pessoal saber e por em prática, depende de cada um. Acho que nossa chefe não tem o poder de exigir, mas as pessoas tem muita oportunidade. Com relação ao posto eu percebo isso, que tem muito investimento, que tem bastante intenção de ajudar e se o pessoal não aproveita aí já é muito pessoal, é uma pena porque aí reflete no atendimento (E12 – auxiliar de enfermagem).

Um gerente relata que as atividades educativas para trabalhadores não transformam as práticas, pois não melhoram a qualidade do trabalho. Como a rotatividade dos trabalhadores no serviço é muito alta, todo investimento realizado para desenvolvê-lo não é revertido para o serviço, apesar de este oferecer as condições necessárias para ampliar a sua formação. Geralmente a ausência do trabalhador na rotina de trabalho para participar de atividades educativas ou cursos de pós-graduação resulta no seu desenvolvimento individual que não tem possibilidades de ser reconhecido de maneira diferenciada no serviço pela ausência de uma

política de cargos e salários no município aspecto que conduz o trabalhador a buscar outras oportunidades deixando o serviço que investiu em seu crescimento profissional.

Eu sinto que não reverte muito, porque não muda a prática. A capacitação deveria melhorar a qualidade de trabalho! Na verdade em algumas situações não está melhorando. O que eu sinto é que isto faz a população pagar caro, a população tem que pagar o preço de um investimento furado. Porque você tira a pessoa do serviço, ela faz uma capacitação que não reverte, não reverte! A prefeitura tem problema de alta rotatividade, então às vezes a pessoa participa de um ciclo de capacitação muito importante, e quando termina o ciclo, pede demissão e vai embora! Então você faz um investimento, sacrifica o restante do grupo, porque para uma pessoa sair, às vezes outra tem que substituí-la, e ela não dá retorno para prefeitura, aquilo fica para ela ou para o próximo serviço para o qual ela vai. Receio muito isto, porque geralmente a vida dela muda, por exemplo, todo o investimento que eu fiz aqui de favorecer funcionário a fazer mestrado, sempre foi prejudicando a população e onerando o companheiro de trabalho. Quando a pessoa termina o mestrado, ela pede demissão e vai embora. Então o serviço sempre fica com o prejuízo, entendeu? Não que eu seja contra, muito pelo contrário, eu acho importante as pessoas se pós-graduarem, mas isso tem um custo importante, se isso estiver na agenda de que é valorizado. Porque quando a pessoa faz pós-graduação, ela se acha melhor do que os outros. Acha que tem que ser privilegiada em algumas coisas e não dá para fazer isto, não existe essa proposta! Você não obriga ninguém a fazer mestrado na prefeitura, mas se fizer não vai dar retorno quando voltar, aí não consegue permanecer no serviço, a maioria não consegue ficar. Então hoje, eu já sei, todo mundo que eu tenho fazendo pós-graduação, ao término vai embora. É certeza que vai embora! A vida me mostra que vai embora mesmo, não tenha dúvida que vai. Então acho que esse é um risco que a gente corre, de você ser bastante equilibrada para poder, ofertar de uma forma homogênea os cursos conforme eles aparecem; sabendo que isto não tem impacto coletivo, o impacto é sempre individual. Então acho que o benefício é esse porque a prefeitura favorece um crescimento pessoal (G5 - enfermeiro).

6 SÍNTESE

6.1 Concepções de educação dos trabalhadores e gerentes

Os resultados deste estudo mostram que as concepções de educação presentes no grupo de trabalhadores e gerentes apontam para educação como um elemento inerente à organização do trabalho em saúde, que pode se constituir em um processo de construção coletiva do saber e também revelar a concepção tradicional de educação.

Alguns depoentes consideram que as atividades educativas são intrínsecas à organização do trabalho em saúde e podem ocorrer tanto em espaços formais quanto em espaços informais. Desse modo, possibilitam a discussão contínua das práticas de saúde, sua organização, finalidades e especificidades para atender as necessidades educativas dos trabalhadores vinculadas à sua realidade concreta no serviço.

É importante que a educação esteja incorporada ao cotidiano do trabalho saúde por estar situado no setor de serviços, caracterizado pelo trabalho imaterial, estabelecido por meio da cooperação intersubjetiva entre os trabalhadores. A intersubjetividade no trabalho em saúde contribui para ampliar espaços de reflexão sobre as práticas e de educação dos trabalhadores da saúde para configurar ações que não sejam reduzidas à ação instrumental de executar procedimentos.

O caráter interativo do trabalho em saúde remete à reflexão tanto para a adequação do saber técnico-científico à especificidade das necessidades de saúde do usuário/população, quanto para a criação de novas alternativas para correspondê-las.

Por outro lado, os depoentes ressaltam que atividades educativas de trabalhadores da saúde também devem estar voltadas para a atualização e reciclagem dos saberes relacionados ao desenvolvimento de seu trabalho.

Alguns relatos mostram que as atividades educativas para

trabalhadores possibilitam a constituição de um modelo assistencial no serviço, pois configuram espaços de discussão do horizonte ético preconizado no serviço, da concepção do processo saúde-doença e do trabalho. Assim, alguns depoentes sinalizam ações pautadas sobre a integralidade com articulação da promoção, prevenção e recuperação da saúde na atenção básica.

No modelo assistencial pautado na integralidade busca-se abordar o processo saúde-doença contextualizado à realidade social, econômica e cultural dos indivíduos em sociedade em oposição ao modelo biomédico que predomina nos serviços de saúde.

A integralidade remete à superação de fragmentações presentes no cotidiano dos serviços por meio de equipes que pensem as práticas de saúde a partir da apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários/população. Nesse contexto, o PSF é uma iniciativa inovadora de organização das práticas de saúde, pois está voltado para atenção integral de indivíduos e famílias com o compromisso de mudar o modelo de atenção vigente e romper com a visão biomédica centrada na doença.

Depoentes relacionam a importância da EPS na educação de trabalhadores no contexto da realidade de trabalho do PSF. Considera-se que nas ações de EPS, o processo de trabalho torna-se objeto de reflexão mediante a participação dos trabalhadores da saúde, problematização das concepções vigentes no contexto concreto das equipes para re-construir as práticas de saúde na direção da integralidade de acordo com as necessidades dos usuários/população do território (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006).

No conjunto de depoimentos apenas dois gerentes ressaltam que a EPS é inerente à organização do trabalho. Este aspecto revela o reconhecimento da importância de incorporar a concepção de EPS no contexto do trabalho, pois ao ser tomado como princípio educativo pode contribuir para promover a mudança das práticas de saúde com articulação dos usuários, trabalhadores, gerentes e instituições formadoras.

Reconhecer que a educação é inerente à organização do trabalho em saúde, não configura um único e homogêneo entendimento das práticas,

mas remete para duas concepções distintas de educação e de organização do trabalho em saúde ou modelo assistencial. A primeira é a educação emancipatória com organização do trabalho orientada para a integralidade, trabalho em equipe, gestão comunicativa/participativa. A segunda é a educação tradicional com a organização do trabalho orientada pelo modelo biomédico, trabalho individualizado por profissional e gestão taylorista/fordista.

A concepção de educação como construção coletiva contextualizada na realidade de trabalho predomina na realidade empírica investigada. Esta representação pode ser denominada emancipatória devido seu caráter voltado para a promoção dos sujeitos partícipes do processo de trabalho, trabalhadores, usuários e gerentes de serviços de saúde que corrobora com a concepção de EPS.

Os depoentes reconhecem a importância de promover a educação dos trabalhadores da saúde contextualizada à sua realidade de trabalho em um processo de construção coletiva do saber com a participação dos trabalhadores mediante a problematização das práticas de saúde para promover processos de reflexão. Ao partir da realidade do sujeito implicado na educação a aprendizagem se torna significativa.

Os relatos de trabalhadores e gerentes também mostram o reconhecimento da necessidade de discutir o saber instrumental para o desenvolvimento das ações técnicas com resolubilidade. Como este saber está baseado em preceitos técnico-científicos estabelecidos, o preparo dos trabalhadores volta-se ao rigor que deve estar presente em procedimentos já consolidados e podem ser veiculados em atividades educativas tradicionais.

Identifica-se uma tensão expressa nos depoimentos, pois referem que a construção de um modelo pautado na integralidade requer a reflexão sobre o trabalho cotidiano pautado na concepção emancipatória que se aproxima da EPS. Contudo os saberes profissionais são considerados um recurso fundamental na execução de procedimentos técnicos e requerem capacitação técnica na vertente tradicional. Assim, as atividades educativas de trabalhadores da saúde podem ser compostas por ações pautadas tanto na concepção emancipatória de educação, EPS, quanto na tradicional, EC,

situação que expressa a pertinência das duas modalidades de educação no trabalho.

No tocante à percepção de que a educação se constitui em um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho, dois trabalhadores e quatro gerentes revelam a concepção de EPS acompanhada da própria denominação educação permanente em saúde. Este aspecto sinaliza que a política de EPS alcançou os serviços de saúde em alguma medida.

Na perspectiva da atualização do conhecimento alguns trabalhadores e um gerente apresentam a concepção tradicional de educação que se aproxima da EC. Estas práticas ocorrem mediante demandas pontuais, centradas em aspectos técnico-científicos desarticulados das necessidades de saúde dos usuários/população. Sendo assim, considera-se imprescindível aliar as atividades educativas tradicionais, na vertente da EC, juntamente com a reflexão sobre as práticas de saúde com a participação dos trabalhadores, usuários e gerentes para a construção coletiva de novos saberes necessários para o trabalho. A educação no trabalho orientada pelas necessidades de saúde dos usuários/população revela uma composição de ações pautadas na educação tradicional e na emancipatória.

6.2 Levantamento de necessidades dos trabalhadores e gerentes

Os resultados do levantamento de necessidades para as atividades educativas de trabalhadores da saúde mostram sua origem a partir da reflexão sobre as práticas de saúde, nas demandas da população/usuários da área de abrangência, nas demandas externas ao serviço, nas dificuldades técnicas dos trabalhadores e na ação gerencial.

Entre os relatos predomina a percepção de que a identificação de necessidades para as atividades educativas de trabalhadores ocorre por meio da reflexão sobre as práticas de saúde no cotidiano de trabalho, no

transcorrer da execução das ações de saúde, conversas informais com companheiros de trabalho e nas reuniões.

Os relatos sobre o levantamento de necessidades reforçam a percepção de que a educação no trabalho se constitui em um processo de construção coletiva do saber mediante a participação dos trabalhadores.

As necessidades que emergem da realidade de trabalho mobilizam a reflexão dos trabalhadores sobre as práticas de saúde com o reconhecimento da estreita relação entre trabalho, educação e trabalhadores. Assim, ao pensar sobre o processo de trabalho, expectativas, tensões, facilidades e dificuldades relacionando-os a novos saberes, os trabalhadores podem constituir um processo de aprendizagem significativa no trabalho. Com a qual são elaborados significados próprios das situações vivenciadas a partir das interações estabelecidas e das ações realizadas.

Ao assumir o trabalho como princípio educativo parte-se do pressuposto que o trabalhador realiza atividades adequadas a um fim e traça objetivos mediante as necessidades de capacitação que possui, assim como a partir das necessidades dos usuários/população. Deste modo, o trabalhador se transforma como sujeito e agente da história incluído nas decisões tomadas no serviço, por meio do diálogo permanente que possibilita compreender o trabalho como meio de emancipação.

A EPS corrobora com o resultado referido, pois é estabelecida por meio de estratégias dialógicas que viabilizam a aprendizagem no trabalho com a incorporação de novos conhecimentos no cotidiano. Assim, a educação no trabalho se dá a partir da reflexão sobre as práticas em espaços de construção coletiva de consensos e debate sobre os problemas enfrentados nas ações de saúde. Consensos alcançados com base na argumentação intersubjetiva dos sujeitos envolvidos.

Gerentes e trabalhadores apontam que o levantamento das necessidades para as atividades educativas de trabalhadores é realizado com a participação dos usuários/população. A participação social está diretamente relacionada à instauração de necessidades para as atividades educativas de trabalhadores da saúde, pois estimula a postura crítica dos usuários/população frente à realidade dos serviços de saúde.

Trabalhadores consideram que a população/usuários apresentam necessidades originadas pelos próprios serviços de saúde de acordo com os programas de saúde oferecidos e/ou atendimentos realizados, portanto apontam que o modo de organização do trabalho é instaurador de necessidades. Assim, há um processo recíproco entre a conformação de demandas ou necessidades de usuários/população e a organização do trabalho e processo de trabalho em saúde. Esta circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde também se configura como um contexto de instauração e reconhecimento de necessidades de educação no trabalho.

No que se refere à participação social merece destaque o depoimento de um gerente, por afirmar que as necessidades de saúde dos usuários dos serviços são colocadas no conselho gestor que se constitui em um espaço de debate e decisão sobre os direitos dos usuários/população e dos modos de condução da política local.

Nesse sentido os usuários e população do território também deveriam ter voz no que se refere à dimensão técnica e interativa do processo de trabalho em saúde. Espera-se que participem da construção de consensos sobre as práticas de saúde e as ações gerenciais das UBS, incluindo as atividades educativas de trabalhadores da saúde por meio de um processo de emancipatório.

Outro aspecto a ser considerado no levantamento de necessidades é a presença das demandas externas ao serviço para as atividades educativas dos trabalhadores da saúde, predominantemente a partir da Secretaria Municipal de Saúde ou Coordenadoria Regional de Saúde.

Os relatos mostram que alguns trabalhadores e gerentes percebem que as atividades educativas de trabalhadores originadas em nível central, seja regional, municipal, estadual ou federal podem estar desconectadas da realidade cotidiana do serviço. Assim, a pertinência da atividade educativa de trabalhadores da saúde que tem origem externa ao serviço deveria ser analisada e discutida de forma compartilhada entre gestores, gerentes locais e trabalhadores.

Entretanto é preciso considerar que as capacitações originárias de demandas externas também dizem respeito aos trabalhadores do SUS, pois estão pautadas em diagnósticos epidemiológicos, diagnósticos situacionais e necessidades de saúde, identificadas pelas instâncias governamentais de planejamento como a CIES que busca articular a educação aos serviços. Referem-se em especial, às intervenções propostas pelas políticas de saúde implantadas para o contexto nacional, estadual, municipal ou regional, macrossocial, portanto, são legítimas, mas precisam ser adequadas/traduzidas para o plano microssocial dos serviços, trabalhadores, usuários/população do território e do processo de trabalho.

As CIES constituem importantes espaços de pactuação das atividades educativas de trabalhadores e podem contribuir para que a educação para o trabalho não seja estabelecida por meio de 'pacotes' estranhos ao contexto de trabalho com origem externa ao serviço.

Ainda no tocante ao levantamento de necessidades para as atividades educativas de trabalhadores alguns depoentes ressaltam a importância de discutir os problemas e as dificuldades técnicas (instrumentais). Consideram que a atualização do saber instrumental deve ser realizada constantemente, devido o seu potencial de fornecer domínio na execução dos procedimentos de saúde, fundamental para o desenvolvimento do trabalho com resolubilidade.

O levantamento de necessidades com base nas dificuldades e problemas técnicos é usual na concepção de EC, mas também pode ser utilizado em serviços e equipes que buscam uma atuação mais orientada pela EPS, pois o aspecto técnico contempla uma esfera das necessidades de saúde dos usuários/população de modo que não pode ser dissociado das práticas de saúde. Este resultado corrobora com a idéia de composição da educação no trabalho pela concepção emancipatória de EPS e tradicional de EC.

A atividade gerencial por meio da supervisão também contribui para o levantamento de necessidades de atividades educativas. A dimensão educativa da supervisão possibilita a avaliação das práticas de saúde para identificar as necessidades de orientação e treinamento. Pois o supervisor

pode atuar no levantamento de necessidades para as ações educativas por meio da análise do processo de trabalho, compartilhar suas percepções com os trabalhadores para avaliar a viabilidade e/ou pertinência da atividade educativa e realizar seu planejamento e organização.

6.3 Público participante

Os resultados empíricos a respeito do público participante das atividades educativas para trabalhadores da saúde apontam que predominam categorias profissionais específicas.

Este resultado corrobora com estudos recentes e reflete a divisão social e técnica do trabalho assim como o desenvolvimento dos trabalhos especializados com tese na centralidade do saber clínico sobre o processo saúde doença predominante no campo da saúde e nas atividades de EC.

O modelo biomédico de organização do trabalho está voltado para o trabalho individualizado por profissional em detrimento ao trabalho em equipe. Assim, um gerente aponta que a concentração de atividades educativas em áreas profissionais específicas prejudica o estabelecimento de equipes multiprofissionais, na medida em que reforça a fragmentação das práticas de saúde em áreas técnicas específicas conforme a divisão técnica do trabalho.

O predomínio de atividades educativas voltadas para o público participante de uma área profissional específica reforça a fragmentação das ações de saúde e a tradição do trabalho individualizado por categorias no modo de organização do processo de trabalho em saúde que se aproxima da EC. A capacitação para áreas profissionais específicas, centrada em técnicas, não garante a compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho das equipes, havendo escassez de processos educativos voltados para todos os trabalhadores das UBS.

Um depoente sugere a inversão da lógica que orienta as atividades educativas de trabalhadores na atenção primária para questões

convergentes à diferentes áreas profissionais. Portanto, aponta a importância da articulação das ações executadas pelos diferentes profissionais e sua promoção com a integração das questões específicas das áreas e dos tipos de trabalhadores que predominam nos serviços – assistencial, gerencial e administrativo. Este esforço pela integração do trabalho aproxima-se da abordagem da integralidade da saúde e do trabalho em equipe, como alternativa à fragmentação tradicionalmente presente no trabalho e no modelo biomédico.

Nota-se que as atividades educativas de trabalhadores da saúde expressam opções técnicas e políticas do processo de trabalho e do modelo assistencial que se pretende viabilizar no serviço. Na AB, desde meados dos anos 1990 esta opção envolve o modelo do PSF, por isso os investimentos em atividades educativas enfocam a participação dos trabalhadores que compõe a equipe de saúde da família. Como referido anteriormente na discussão das concepções de educação dos trabalhadores da saúde, as atividades educativas viabilizam a implantação de um modelo assistencial no serviço por se constituírem em espaços de discussão do horizonte ético preconizado, da concepção do processo saúde-doença e do trabalho.

Alguns depoentes afirmam que predomina a participação de trabalhadores vinculados ao PSF nas atividades educativas realizadas no serviço com destaque para participação dos agentes comunitários de saúde (ACS). A inserção do ACS pode sinalizar a importância de seu trabalho no modelo do PSF, por representar o elo entre as necessidades de saúde dos usuários/população e o serviço. Dada à complexidade e relevância do trabalho do ACS no modelo do PSF, destacam-se os investimentos em atividades educativas para a apropriação de novos saberes necessários para sua atuação junto à comunidade.

Em contrapartida, um grupo de depoentes revela a importância de estruturar atividades educativas para equipes multiprofissionais a fim de evitar o aprofundamento da fragmentação das práticas de saúde. Apontam a importância de conhecer o trabalho desenvolvido pelo outro para compreender o processo de trabalho afim de que as ações de saúde sejam desenvolvidas com qualidade e de modo integrado.

A presença das equipes de trabalho como público participante entre os depoimentos deste estudo sinaliza a preocupação dos trabalhadores da saúde em deslocar o foco de ações especializadas para constituir um processo de trabalho integrado, pautado no modelo da integralidade com compromisso de corresponder às necessidades de saúde dos usuários/população nos moldes da EPS.

O material empírico revelou duas modalidades de participação nas atividades educativas para trabalhadores da saúde: convocação obrigatória e participação facultativa. A convocação obrigatória expressa que os trabalhadores são forçados a participar das atividades que constituem uma tradução das necessidades identificadas no serviço e/ou demandas colocadas por instâncias externas ao serviço, a fim de implementar o modelo assistencial vigente e as políticas ou programas de saúde a serem desenvolvidos. Contudo, a participação facultativa depende do interesse do trabalhador e está vinculada à busca por novos saberes e possibilidade de se ausentar das ações de saúde no horário do trabalho. Muitas vezes, a intensa rotina de trabalho impossibilita sua participação, pois os demais trabalhadores não conseguem suprir a demanda do serviço com a sua ausência.

As demandas externas aos serviços nos moldes da EC podem corresponder parcialmente às necessidades dos trabalhadores da saúde mediante a tradução e adequação das atividades executadas no serviço, ou apresentar incompatibilidade com as necessidades identificadas no cotidiano do trabalho. Desse modo, muitas vezes o trabalhador não tem interesse em participar de atividades educativas, visto que não correspondem às suas demandas e pode ser convocado por instâncias externas de coordenação dos serviços. Este resultado corrobora com o levantamento de necessidades para educação no trabalho com origem externa ao serviço e sinaliza a importância da participação de trabalhadores e usuários para que as atividades educativas tenham relevância e aplicabilidade no contexto do trabalho.

Nota-se que o interesse dos trabalhadores em participar de as atividades educativas externas ao serviço, fora do horário de trabalho é

reduzido. Os aspectos negativos para sua participação são: o deslocamento que envolva recursos financeiros próprios para o transporte, alteração da rotina diária para o trabalho, ausência de remuneração compatível com a necessidade de capacitação externa ao serviço.

Entende-se que o caráter obrigatório ou facultativo atividades educativas de trabalhadores da saúde remete a necessidade de construção compartilhada do saber entre trabalhadores, gerentes e usuários com a valorização da dimensão interativa e comunicativa entre os sujeitos, pautada na concepção de EPS.

A participação da comunidade/usuários nas atividades educativas realizadas para os trabalhadores do serviço está presente no relato de dois trabalhadores e um gerente. Esta participação prevista na política de EPS pode estabelecer ou estreitar os vínculos entre trabalhadores, serviços, população/usuários e estimular a participação social.

A inserção da comunidade/usuários pode ter desdobramentos no desenvolvimento da co-responsabilização do usuário por sua condição de saúde, a participação no cotidiano do serviço, a importância da relação trabalhador/usuário, assim como a organização dos serviços públicos mediante análise, apresentação e defesa de seus interesses em conselhos deliberativos nas instâncias municipais, estaduais e federais (Kleba, Comerlatto, Colliselli, 2007; Crevelim, Peduzzi, 2005).

6.4 Resultados esperados

Os resultados esperados das atividades educativas de trabalhadores da saúde sinalizam a apropriação do saber instrumental para promover a qualidade das práticas de saúde, a promoção da emancipação de usuários e trabalhadores da saúde e as possibilidades de mudança da postura do trabalhador.

Em curto prazo o resultado das atividades educativas de trabalhadores da saúde predominante é habilitar o trabalhador para uma

nova competência técnica e/ou reduzir as dificuldades na execução das técnicas por meio do aperfeiçoamento do saber instrumental.

O saber técnico-científico é indispensável para a execução de procedimentos com qualidade e para responder a uma esfera das necessidades de saúde dos usuários/população. Como o saber técnico fundamenta a ação, é necessário um processo de mediação do trabalhador entre a especificidade da demanda do usuário e as ferramentas de trabalho a disposição que levem à tomada de decisão mais pertinente às necessidades do usuário.

A racionalidade instrumental possibilita a mediação do agente de trabalho na relação existente entre o objeto, instrumentos e produto do processo de trabalho. Esta mediação é orientada pela lógica técnico-científica que reitera o modo de produzir ações de saúde do modelo hegemônico em saúde, biomédico, e não permite contemplar outras esferas das necessidades de saúde de caráter comunicativo, ou seja, que requerem o diálogo em torno da finalidade do processo de trabalho e dos instrumentos e meios utilizados.

A apropriação do saber instrumental para a execução de procedimentos técnicos identificada como resultado em curto prazo pode ocorrer por meio da EC pautada na concepção tradicional de educação, pois se constitui de modo pontual para a atualização de saberes técnico-científicos. Todavia as técnicas de saúde não recobrem toda a esfera de necessidades dos trabalhadores/usuários, o que torna necessário a ampliação da ação educativa de trabalhadores em espaços de interação e reflexão para que o trabalho seja estruturado para além do foco na remissão de sintomas. Assim, a educação no trabalho contempla ações educativas de caráter instrumental e emancipatório permeadas pelo agir comunicativo intersubjetivo.

Outro aspecto apontado pelos depoentes é que as atividades educativas contribuem para promover a emancipação dos usuários e trabalhadores. Assim, os usuários ampliam sua autonomia e se tornam co-responsáveis por seu processo saúde-doença enquanto os trabalhadores constituem práticas de saúde pautadas na reflexão sobre as necessidades

de saúde dos usuários/população. Ambos, usuários e trabalhadores podem reconhecer seu papel na sociedade contribuindo com sua atuação na perspectiva da mudança das ações de saúde.

Um depoimento mostra que a construção de sujeitos pode ocorrer através da relação interativa e intersubjetiva em um processo de mútua influência. O trabalhador pode contribuir para a emancipação dos usuários com o estímulo à reflexão sobre sua saúde e modos de conduzir a vida, ampliando a busca de direitos e satisfação de necessidades. Simultaneamente, influenciado pela relação estabelecida com o usuário, o trabalhador pode se modificar e re-configurar sua identidade como sujeito das práticas de saúde.

Desse modo, alguns depoentes referem que a atividade educativa é um instrumento de empoderamento dos usuários e trabalhadores. Os trabalhadores do serviço assumem o papel de informar os usuários sobre seus direitos incentivando-os a reivindicá-los e desenvolver o auto-cuidado assim influenciam seus projetos de vida, percepções e intervenções sobre o processo saúde-doença.

Entende-se que o empoderamento remete a um processo de interação educativa que possibilita a ampliação da capacidade reflexiva, dialógica, argumentativa e de tomada de decisão dos sujeitos. Entre os diversos sentidos do empoderamento, pode ser compreendido como um estágio inicial para a constituição da emancipação que ocorre com a participação política na dimensão da conquista dos direitos e cidadania.

A construção de espaços de interação dialógica entre usuários e trabalhadores é um aspecto indispensável para a constituição da EPS nos serviços. Estes espaços coletivos de reflexão e busca de consensos sobre as práticas e necessidades de saúde mobilizam a capacidade argumentativa dos sujeitos, a participação social, a conquista de maior liberdade e autonomia nos atos de trabalhadores e usuários que pode conduzir à emancipação.

A mudança da postura do trabalhador também é mencionada como resultado das atividades educativas de trabalhadores em curto prazo. Os depoentes ressaltam aspectos individuais no tocante à mudança de postura:

compreensão do processo de trabalho, estabelecimento de vínculos com os usuários, melhora da interação entre colegas de trabalho, desenvolvimento de uma postura reflexiva sobre o processo de trabalho, aumento do comprometimento, da responsabilização pelas ações de saúde e a satisfação do trabalhador.

Embora os depoimentos mostrem que os resultados das atividades educativas de trabalhadores são predominantemente individuais espera-se que em alguma medida a mudança das práticas ocorrera de modo recíproco entre os trabalhadores e os serviços para que seja satisfatória. Afinal, as mudanças promovidas pelas ações educativas não podem estar circunscritas ao trabalhador, pois também expressam aspectos que estão na estrutura e nas práticas de saúde.

A mudança das práticas de saúde tem uma relação recíproca entre o trabalhador e o serviço. Não se pode implantar um novo modelo assistencial satisfatoriamente sem que o trabalhador esteja mobilizado para reconstruir as práticas de saúde. De modo correlato, a aplicação dos saberes apreendidos pelo trabalhador nas atividades educativas pode desencadear mudanças individuais e coletivas no processo de trabalho realizado no serviço influenciando a recondução da organização do trabalho.

Outro aspecto identificado nos relatos sobre os resultados esperados das atividades educativas de trabalhadores da saúde refere-se à melhora da qualidade da assistência prestada aos usuários/ população. A qualidade é referida com três principais sentidos: a qualidade do trabalho melhora quando o trabalhador compreende o processo de trabalho, adquire novos conhecimentos nas atividades educativas e aplica-os nas ações de saúde e ou sente-se satisfeito com as oportunidades de desenvolvimento profissional proporcionadas pelo serviço por meio das atividades educativas realizadas no trabalho.

Os três sentidos relacionados à melhoria da qualidade da assistência prestada mostram que não se trata de uma referência superficial e estereotipada à qualidade dos serviços, decorrente de investimentos na educação de trabalhadores. Afinal, sinalizam aspectos relevantes para a

mudança das práticas de saúde: a compreensão do processo de trabalho, a relação teórico-prática e a satisfação do trabalhador.

A manutenção dos resultados relacionados à mudança da postura do trabalhador com a aplicação do saberes apreendidos também dependem da atividade de supervisão. Os relatos mostram que a supervisão é fundamental para manter, fiscalizar e controlar a presença de desdobramentos da atividade educativa no processo de trabalho.

6.5 Entraves para operacionalização da EPS

Os entraves para o desenvolvimento da EPS nas UBS estudadas contemplam três aspectos. O primeiro é a dificuldade de distinção entre as concepções de educação em saúde de usuários e de educação de trabalhadores em saúde. O segundo é a política de recursos humanos em saúde e o terceiro é a intensa rotina de trabalho.

Observa-se que alguns depoentes não possuem clareza na distinção entre as atividades educativas para trabalhadores da saúde e as atividades de educação em saúde para os usuários. Pode-se pressupor que a história de implantação da atenção básica no município paulistano voltada para o modelo médico-assistencial preventivista, com ênfase na educação sanitária tenha influenciado a ocorrência desta confusão e sua relevância.

Os entraves não estavam previstos nos objetivos deste estudo, por isso, sua discussão não foi realizada em profundidade. A presença dos entraves no material empírico é considerada relevante no tocante ao objeto de estudo que são as atividades educativas dos trabalhadores da saúde na atenção primária.

No que se refere à política de recursos humanos em saúde alguns depoentes sinalizam sua inadequação. Referem aspectos que merecem destaque: diferentes vínculos de trabalho no mesmo serviço, instabilidade nos contratos de trabalho, falta de valorização do trabalhador, falta de

clareza a respeito da política de recursos humanos vigente no município, desigualdade de investimentos na qualificação dos trabalhadores com diferentes vínculos profissionais em geral entre os trabalhadores que estão inseridos em ESF que recebem maior atenção e capacitação do que aqueles que não estão nas UBS.

Finalmente a intensa rotina de trabalho é mencionada por trabalhadores e gerentes entrevistados para os quais as demandas cotidianas de trabalho nos serviços são intensas, de modo que o tempo torna-se escasso para participarem de atividades educativas. Alguns não têm possibilidade de se ausentarem de seus postos de trabalho para participar de ações educativas e quando participam estão sujeitos a interrupções inesperadas mediante a solicitação de colegas de trabalho e usuários.

Nota-se que no contexto da AB assim como no setor saúde não há uma tendência em valorizar a educação no trabalho, aspecto que se refere à inadequação da política de recursos humanos em saúde no município. A prioridade do trabalho volta-se à produtividade ao invés das atividades educativas de trabalhadores, assim a educação em saúde, importante instrumento de trabalho na AB destaca-se devido sua relevância para as ações de saúde. O objeto de reflexão dos trabalhadores volta-se naturalmente às questões relacionadas à educação em saúde, daí decorre a dificuldade de realizar sua distinção da educação no trabalho.

Aponta-se a necessidade de aprofundar a análise dos entraves para a operacionalização da EPS em futuros estudos que poderão contribuir para sinalizar as razões que impedem a implantação da EPS como política pública para o desenvolvimento de trabalhadores da saúde no contexto do SUS.

7 CONCLUSÃO

A educação no trabalho volta-se para as necessidades de saúde dos usuários/população e apresenta a composição da educação tradicional e emancipatória. A tradicional refere-se à educação instrumental para a execução de procedimentos técnico-científicos adequados ao padrão normativo que remete à EC. Por outro lado, a educação emancipatória contempla aspectos do agir comunicativo mediante a prática dialógica, reflexiva e argumentativa com a problematização das ações de saúde em espaços coletivos que se refere a EPS.

Os resultados deste estudo revelam a potencia da construção coletiva do saber a partir da realidade de trabalho, o levantamento de necessidades para a educação no trabalho a partir da reflexão sobre as práticas de saúde e a promoção da emancipação dos trabalhadores e usuários como resultados das atividades educativas pertinentes à concepção da EPS, que se pretende instituir para a mudança das práticas de saúde e do modelo assistencial hegemônico.

Contudo, este espaço apresenta tensões e contradições à medida que o público participante predominante das ações educativas no trabalho é composto por categorias profissionais específicas que reforçam a fragmentação das práticas de saúde.

O resultado do estudo que evidencia a ênfase do público participante da educação no trabalho nas áreas profissionais específicas coloca a necessidade de orientar as atividades educativas da educação no trabalho também para as equipes de trabalho e os usuários/população, de modo a conferir sentido ao trabalho com a integração e articulação de práticas tradicionalmente fragmentadas. Desse modo, busca-se constituir ações na perspectiva da integralidade à saúde mediante o reconhecimento do trabalho do outro, suas diferenças, nexos, conexões e contribuições às necessidades dos usuários/população com a participação das equipes e do conjunto de trabalhadores.

O levantamento de necessidades ocorre a partir de demandas externas ao serviço e dificuldades técnicas, sendo que o resultado das ações educativas em curto prazo está centrado na apropriação do saber instrumental para a execução de procedimentos.

Este estudo contribui para o debate da EPS como política pública para a mudança das práticas de saúde no contexto da AB a partir das concepções dos agentes sociais, trabalhadores e gerentes, e do modo de organização da educação no trabalho nos serviços.

REFERÊNCIAS

Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004;8(15):259-74.

Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CA. Distritos sanitários: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. *Gestão dos serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: USP; 2001. p. 13-50.

Almeida MCP, Rocha SMMR, organizadores. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1987.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;6(9):39-52.

Amestoy SC, Milbrath VM, Cestari ME, Thofehrn MB. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. *Cienc Cuid Saúde.* 2008; 7(1):83-8.

Amezcuca Martínez M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76(5):423-36.

Antunes A. *Adeus ao trabalho*. São Paulo: Cortez; 1999.

Antunes, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. *Trab Educ Saúde.* 2003;1(2):53-61.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;10(3):549-60.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2004;13(1):15-24.

Barroso MGT, Varela ZMV. Educação continuada requisito básico para o crescimento profissional. In: *Anais do 31º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; Fortaleza. Fortaleza: ABEn-Seção CE; 1979. p.101-6.

Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. *Mundo Saúde*. 2000;24(5):352-6

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino, G. Dicionário de política. 12ªed. Brasília: Ed. UnB, 2004.

Bordenave JD. O que é participação. São Paulo: Brasiliense; 1985.

Braga CP, Peduzzi M. Análise de resultados e impacto dos processos educativos de trabalhadores da saúde no sistema de saúde [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. A educação continuada de enfermeiros no Sistema Único de Saúde. Brasília: Centro de Documentação; 1990.

Brasil. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado [texto na Internet]. Brasília; 1995. [citado 2008 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDIA.HTM

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Brasília: MARE, 1997. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, v.2).

Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.[Legislação na Internet]. Brasília; 1998 [citado 2008 set. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm

Brasil. Medida Provisória nº 1.648-7, de 23 de abril de 1998. Convertida na Lei nº 9.637, de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1998 [citado 2008 set. 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/1648-7.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n.198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2004a. [citado 2008 set. 13] Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/legislacoes-e-materiais-de-apoio-1/Portaria%20n.%20198.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [legislação na Internet]. Brasília; 2006a. [citado 2009 fev 05]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006b. [citado 2009 fev 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2007a. [citado 2008 set. 5] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996_de_20_de_agosto-de-2007.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília, 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos 2007c (IDB-2007). Indicadores demográficos [base de dados na Internet]. Brasília; 2007c. [citado 2009 jan. 05]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>

Briceño-León Roberto. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cad Saúde Pública. 1998;14 Supl 2:141-7.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1260-8.

Campos GWS. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec; 1992.

Campos GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição dos sujeitos, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2 edª. São Paulo: Hucitec; 2005.

Carvalho GI, Santos L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde: Leis 8.080/90 e 8.142/90*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1995.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-95.

Castilho V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. *Mundo Saúde*. 2000;24(5):357-60.

Chauí M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 6a ed. São Paulo: Cortez, 1993.

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

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004b;20(5):1400-10.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005a;9(16):161-8.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005b;10(4):975-86.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.107-12.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores *Os sentidos da integralidade na atenção do cuidado à saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro:Abrasco; 2001. p.113-26.

Ciampone MMHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.37-53.

Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface Comum Saúde Educ*. 2008;12(26):659-66.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 1995.

Cook TD, Reichardt CHS. *Métodos cualitativos y cuantitativos em investigación evaliativa*. 4ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2000.

Cordão FA. Rumos da educação continuada na era do conhecimento. *Mundo saúde*. 2000;24(24):400-5.

Correia VCM. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Correia VS, Servo MLS. Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):527-31.

Coutinho CN. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez; 2000.

Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):323-31.

Cunha KC, coordenadora. *Gestão de pessoas: foco na enfermagem atual*. São Paulo: Martinari; 2008.

Cunha KC. Supervisão em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p.117-32.

Dal Poz, MR. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e a sua repercussão na Política de Recursos Humanos com Nível Municipal [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Mendes-Gonçalves RB, Nemes MIB, Schraiber LB, coordenadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 151-63.

Damaso R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: Teixeira ST, organizador. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989. p. 61-79.

Davim RMB, Torres GV, Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. Rev Lat Am Enferm. 1999;7(5):43-50.

Escrivão A, Malik AM, Kishima VSC. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Recursos Humanos no SUS: análise das despesas e formas de vínculos institucionais no contexto proposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal Municípios do Estado de São Paulo [texto na internet]. São Paulo, 2006. [citado 2009 mar. 05]. Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/Projetos/textos/pdf/Gestao/Recursos%20Humanos%20no%20SUS%20análise%20das%20despesas%20e%20formas%20de%20vínculos%20institucionais%20no%20contexto%20proposto%20pela%20Lei%20de%20Responsabilidade%20Fiscal.pdf>

Faria RMB. Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006 [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

Felli VE, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.

Feuerwerker L. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. Olho Mágico. 2005;12(3):13-20.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1981. O nascimento do hospital; p. 99-111.

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e

experenciando o SUS no cotidiano. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-34.

Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.

Freire P. Educação como prática de liberdade. 12ª ed. São Paulo: Paz e terra; 1981.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 15ª ed. São Paulo: Paz e terra; 2000.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2005.

Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2006;16(1):83-97.

Gadotti M. Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Giradi MG, Cruz EMN, Stefanelli MC. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):106-10.

Gohn MG. Conselhos gestores e participação sociopolítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Gohn MG. Cidadania e direitos culturais. *Katálisis*. 2005;8(1):15-23

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Habermas J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70; 1994.

Haddad J, Roschke MAC, Davini MC. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud n. 1000).

Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):391-404.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.

Kleba ME, Comerlatto D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):335-342.

Kuenzer AZ. *Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador*. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Kuenzer AZ. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: Saviani D, Sanfelice JL, Lombardi JC, organizadores. *Capitalismo, trabalho e educação*. 3ª ed. Campinas: Autores Associados, 2005. p. 77-96.

Lalande A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Lazzarato M, Negri A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.

Liedke ER. Processo de trabalho. In: Cattani AD. *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Rio de Janeiro: Vozes; 1997. p. 268-74

Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Rev Gaúcha Enferm*. 1999;20(n.esp):86-91.

Lopes NM. *Recomposição profissional da enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora; 2001.

Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira, MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comum Ciênc Saúde*. 2007;18(2):147-55.

Lorencette, DAC. A importância e proposta de indicadores para avaliação dos serviços de educação continuada – segundo gerentes dos serviços de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2002.

Lucena F, Peduzzi M. Análise de resultados e impacto dos processos educativos de trabalhadores da saúde no sistema de saúde [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2007.

Luz S. Educação continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. *Mundo Saúde*. 2000;24(5):343-51

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.

Malik AM. Coleção de manuais saúde e cidadania: gestão de recursos humanos. 2ª ed. São Paulo: Fundação Peirópolis; 2002.

Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *REME Rev Min Enferm*. 2003;7(1):61-6.

Mandú EM, Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(4):665-7.

Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores da saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1998;8(2):125-146.

Martins MIC. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2004;2(2):287-310.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos R, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. A integralidade na prática ou sobre a prática da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.

Meirelles DS. O conceito de serviço. *Rev Econ Polit*. 2006;26(1):119-36.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

Meihs JCSB. Manual de história oral. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 1996.

Mercadante OA. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. Finkelman J, organizador. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 237-313.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p 71-112.

Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir na micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):147-60.

- Mészáros, I. A teoria da alienação em Marx. Boitempo: São Paulo; 2006.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.
- Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
- Miras M. Um ponto de partida para a aprendizagem de novos conteúdos: os conhecimentos prévios. In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M, Onrubia J, Sole I, et al. O construtivismo na sala de aula. 5ª ed. São Paulo: Ática; 1998. p. 57-78.
- Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
- Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.
- Misoczky MC, Bordin R. Gestão local em saúde práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa; 2004.
- Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU; 1986.
- Montanha D. Análise das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino: público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008.
- Monteiro MI, Chillida MSP, Bargas EB. Educação continuada em um serviço terceirizado de limpeza de um hospital universitário. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(3):541-8.
- Nogueira RP. A força de trabalho em saúde. Revista Administração Pública. 1983;17(1):61-70.
- Nogueira NP. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: Nogueira NP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994. p. 71-90.
- Nogueira NP. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: Santana P, Castro JL, organizadores.

Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRN; 1999. p. 443-50.

Nogueira PR. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana D d'A, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 257-73.

Offe C. Capitalismo desorganizado. São Paulo: Brasiliense; 1995.

Organización Panamericana de La Salud (OPAS). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Educación contínua: guía para la organizacion de programa de educacion contínua para el personal de salud. Washinton; 1978a.

Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6 -12 de setembro de 1978 [texto na Internet]. Whashington, 1978b. [citado 2007 ago. 22]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload/Arq/Alma-Ata.pdf>

Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Ed.; 2000.

Paro VH. Escritos sobre educação. Xamã: São Paulo; 2001.

Paul P. A dimensão ética na educação para a saúde. Saúde Soc. 2005;14(1):30-40.

Pedroso VG. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. Mundo Saúde 2005; 29(1):88-93.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e a interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. saúde pública. 2001;35(1):103-09.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saúde. 2002;1(1):75-91.

Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 269-76.

Peduzzi M, coordenadora. Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados [relatório de

pesquisa na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo 2007a. [citado 2008 set. 12]; Disponível em: <http://www.ee.usp.br/observatorio/observatorio/relatorios/re1092.pdf>

Peduzzi M. Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007b.

Peduzzi M, coordenadora. Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo: EEUSP, 2007c. [citado 2008 jan 19]. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/observatorio/observatorio/relatorios/re1092.pdf>>.

Peduzzi M, Palma JJJ. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-5.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P., organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 108-24.

Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 199-207.

Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. Interface Comunic Saúde Educ. 2009.13(30). No prelo.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1527-34.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kucgant P., organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 138-56

Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR, organizador. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análise. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.51-70.

Pinheiro R. Integralidade em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. v.2. p.159-66.

Pinheiro R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 7-34.

Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trab Educ Saúde. 2004;2(2):311-25.

Pires DE. Divisão social do trabalho. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006a. p. 87-92.

Pires DE. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006b. p. 92-7.

Ramos MN. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. Trab Educ Saúde. 2003;1(1):93-114.

Ribeiro EC, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulgação Saúde Debate. 1996; (2):39-42.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):438-46.

Ribeiro JM, Schraiber LB. A autonomia e o trabalho em Medicina. Cad Saúde Pública. 1994;10(2):190-9.

Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latin Am Enferm. 2006;14(6):837-42.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):355-65.

Roschke MA, Santos I, Galvão EA, Souza AM. Educación permanente de personal de salud em la region de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Programa de desarrollo de Recursos Humanos. Brasília:OPAS; 1989.

Roschke MAC, Davini MC, Haddad JQ. Educacion permanente y trabajo en salud: un proceso en construccion. *Educ Med Salud* 1993; 27(4):466-88.

Rovere MR. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. In: Hadad QJ, Roscke MAC, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Série Desarrollo de Recursos humanos, n. 100. OPS: Washinton, D.C; 1994. p. 63-106.

Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev Adm Empres*. 2008;48(3): 64-80.

São Paulo (cidade). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Prefeitura inaugura serviço de Assistência Médica Ambulatorial em Parelheiros [texto na Internet] 2005 ago 24 [citado 2008 jan 12]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=3952.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste. Informações socioambientais das áreas de abrangência [texto na Internet]. São Paulo; 2007 [citado 2009 jan 05]. Disponível:http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/inf_socioamb/0001.

São Paulo (cidade). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Boletim Coordenadoria de epidemiologia e informação em dados [texto na Internet]. São Paulo; 2008a [citado 2009 jan 10]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicações/0004/boletimda_dos_Out08.pdf

São Paulo (cidade). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Portaria 1151/2008 SMS.G, de 13 de junho de 2008. Resolve subordinar as áreas técnicas responsáveis por programas e políticas de saúde [legislação na Internet]. São Paulo; 2008b [citado 2008 set. 12]. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/atencaobasica/Portaria_SMS-1151_2008.pdf

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Relação das unidades da Secretaria municipal da saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de saúde do município de São Paulo [texto na Internet]. 2008b nov [citado 12 jan 2009]. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/>

secretarias/saude/organizacao/0005//Unid_Munic_Saude_SupervisaoTecnica.pdf

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo [texto na Internet]. São Paulo; 2008c. [citado 12 jan 2009]. 3ª ed. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/INS_3edicao_Junho2008.pdf

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Notas técnicas: população por distrito administrativo [texto na Internet]. São Paulo; 2008d [citado 06 jan 2009]. Disponível em :<http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet/0006>

Saupe R, Cutolo LRA, Sandril JVA. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. *Trab Educ Saúde*. 2008;5(3):433-52.

Salum NC, Prado ML. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(2):298-311.

Sayd JD, Vieira Junior L, Velandia IC. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 1998;2(8):165-195.

Saviani D. Educação: do senso comum à consciência filosófica. Campinas: Autores Associados; 2000.

Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações e prática médica na ordem capitalista. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

Schraiber LB. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.

Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ER, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-42.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Mendes-Gonçalves RB, Nemes MIB, Schraiber LB. Saúde do

adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p.29-47

Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 248-57.

Servo MLS, Correia VS. Supervisão e a educação permanente da força de trabalho em enfermagem. Diálogos & Ciência [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 Mai 07];4(8):1-11. Disponível em: http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=4

Servo MLS. Pensamento estratégico: uma possibilidade para sistematização da supervisão em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2001;22(2):39-59.

Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores da saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 Dez 15];9(2):389-0. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2002;6(10):75-96.

Silva JP, Tavares C. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trab Educ Saúde. 2004;2(2):271-85.

Silva, EM. Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

Simões JFF, Garrido AFS. Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(4): 599-608.

Souza A, Roschke MA. Educación continua y aprendizaje a lo largo de la vida: valoración de sus contribuciones para el desempeño individual e organizacional. Cad Currículo Ensino. 2003;6(3):7-29.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde Soc. 2004;13(2):5-19.

Stotz EN. Encontro de movimentos e práticas de educação popular e saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2004;8(14):179-82.

Struchiner M, Giannella TR. Aprendizagem e prática docente na área da saúde: conceitos paradigmas e inovações. Washington, DC: OPAS; 2005.

Struchiner M, Roschcke M, Riciard RMV. Formação permanente, flexível e a distância pela Internet: curso de gestão descentralizada de recursos humanos em saúde. Rev Panam Salud Publica. 2002; 3(11):158-65.

Tanaka LH, Leite MMJ. O significado do termo desenvolvimento de pessoas na visão das enfermeiras de educação continuada. Acta Paul Enferm. 2001;14(3):52-9.

Tamayo N, Abbad GS. Autoconceito Profissional e Suporte à Transferência e Impacto do Treinamento no Trabalho. Rev Administração Contemporânea. 2006;10(3):09-28.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular e de atenção à saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2001;5(8):121-6.

Vasconcelos, EE. Educação popular e a atenção à saúde da família. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Viana ASd'A, Novaes HMD, Silva JÁ, Rocha JSY, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Consórcio Medicina USP, 2008.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico à programação em saúde. Rev Lat Am Enferm. 1994;2(2):73-85.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1690-9.

Apêndice 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ inserido no serviço de saúde _____, autorizo a utilização das informações fornecidas por mim através de entrevista gravada para a realização da pesquisa intitulada “*Análise dos processos educativos dos trabalhadores da saúde na Atenção Básica: concepções, processo de levantamento de necessidades e resultados esperados*”, que tem o objetivo geral de analisar os processos educativos de trabalhadores da saúde em unidades básicas de saúde na região de uma Coordenadoria de Saúde do município de São Paulo. Para tanto, os objetivos específicos do estudo são: a) analisar as concepções de educação em serviços que fundamentam as atividades educativas de trabalhadores da saúde no cenário de estudo; b) analisar o público-alvo das atividades educativas de trabalhadores da saúde; c) analisar o processo de levantamento de necessidades para a implantação das atividades educativas dos trabalhadores da saúde; d) analisar os resultados esperados a partir da realização de atividades educativas de trabalhadores da saúde.

As informações serão coletadas através de entrevista semi-estruturada realizada com sujeitos de pesquisa representativos dos dois segmentos envolvidos com os processos de educação permanente em saúde no serviço: gerente central, gerentes e trabalhadores da saúde.

Tenho conhecimento do caráter científico da investigação proposta, na qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa ou instituição. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais.

Assinatura

_____/_____/____

Pesquisador responsável pela investigação: Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva.

Assinatura do pesquisador responsável pela investigação _____

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. CEP: 05403-000. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3066-7552.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36, 2º andar, Telefone: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

Apêndice 2 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Ao Sr.(a) _____

Responsável do Serviço de Saúde _____

Vimos solicitar sua autorização para a coleta de dados para a pesquisa intitulada *“Análise dos processos educativos dos trabalhadores da saúde na Atenção Básica: concepções, processo de levantamento de necessidades e resultados esperados”*, que tem o objetivo geral de analisar os processos educativos de trabalhadores da saúde em unidades básicas de saúde na região de uma Coordenadoria de Saúde do município de São Paulo. Para tanto, os objetivos específicos do estudo são: a) analisar as concepções de educação em serviços que fundamentam as atividades educativas de trabalhadores da saúde no cenário de estudo; b) analisar o público-alvo das atividades educativas de trabalhadores da saúde; c) analisar o processo de levantamento de necessidades para a implantação das atividades educativas dos trabalhadores da saúde; d) analisar os resultados esperados a partir da realização de atividades educativas de trabalhadores da saúde.

As informações serão coletadas através de entrevista semi-estruturada realizada com sujeitos de pesquisa representativos dos dois segmentos envolvidos com os processos de educação permanente em saúde no serviço: gerente central, gerentes e trabalhadores da saúde.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto, no qual a sua colaboração é estritamente voluntária, sendo-lhe assegurado retirá-la em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à sua pessoa ou instituição. Também destacamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais.

Desde já apresentamos nosso compromisso de retorno dos resultados da pesquisa ao serviço sob a forma de relatório.

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
Pesquisador responsável pela investigação

Assinatura de consentimento do responsável _____

Assinatura do pesquisador responsável pela investigação _____

Escola de Enfermagem de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. CEP: 05403-000. São Paulo-SP. Telefone (11) 3066-7552.

Apêndice 3 - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA

I) Identificação do entrevistado

Nº de entrada

1. Nome do entrevistado
2. Serviço de saúde em que está inserido
3. Cargo e/ou função no serviço
4. Categoria profissional
5. Idade
6. Sexo
7. Escolaridade
- Ensino médio incompleto () Ensino médio completo ()
- Superior incompleto () Superior incompleto ()
- Pós-Graduação:
- Especialização () Sim () Não Área: _____
- Mestrado () Sim () Não Área: _____
- Doutorado () Sim () Não Área: _____
8. Ano de conclusão do curso de graduação/educação profissional
9. Tempo de trabalho no serviço estudado

II) Roteiro de entrevista

1. Você sabia que no último ano aconteceram as seguintes atividades educativas para os trabalhadores da saúde neste serviço
2. O que você pensa a respeito desses processos ou atividades educativas para trabalhadores da saúde inseridos neste serviço? (Pedir para relatar situações ou dar exemplos de educação em serviço que vivenciou e considerou interessante, explorando como foram realizadas)
3. Como deveriam ser desenvolvidas as atividades educativas de trabalhadores da saúde?
4. A quem se destinam as atividades educativas realizadas neste serviço?
5. Como e por quem são definidos os trabalhadores que participam das atividades educativas?
6. A quais necessidades ou problemas de saúde da população, que reside na área de atuação deste serviço, estas atividades educativas correspondem?
7. A quais necessidades do próprio serviço de saúde estas atividades educativas correspondem?
8. A quais necessidades de qualificação ou aprimoramento profissional dos trabalhadores da saúde, que atuam neste serviço, correspondem às atividades educativas realizadas no último ano?
9. Quais os resultados (a curto, médio e longo prazo) que você pensa que estas atividades educativas podem trazer para o serviço?
10. Quais os resultados (a curto, médio e longo prazo) que você pensa que estas atividades educativas podem trazer para a população usuária?
11. Quais os resultados (a curto, médio e longo prazo) que você pensa que estas atividades educativas podem trazer para os próprios trabalhadores da saúde?

Apêndice 4 - Distribuição do público participante e das atividades educativas no serviço A

Tabela 1. Distribuição de freqüências do público participante das atividades educativas realizadas no serviço A em 2005. São Paulo, 2007.

Público participante A	N	%
Trabalhador - comunidade	2	3,3
Trabalhador - aluno	1	1,7
Enfermeiros e enfermagem nível médio	9	15
Todos os trabalhadores do serviço	10	16,7
Equipes de trabalho (assistencial, gerencial)	11	18,3
Outros	1	1,7
Área específica	26	43,3
Total	60	100

Tabela 2. Distribuição dos tipos de atividades educativas realizadas no serviço A em 2005. São Paulo, 2007.

Tipo de atividade educativa A	N	%
Atividade de recuperação da saúde	2	3,2
Atividade de promoção e prevenção	9	14,5
Atividade de promoção, prevenção e recuperação	7	11,3
Atividade de prevenção	1	1,6
Atividade de prevenção e recuperação da saúde	3	4,8
Emergiram do campo	8	12,9
Gerencial	1	1,6
Congressos, Simpósios	3	4,8
Reuniões	13	21
Outros	15	24,2
Total	62	100

Apêndice 5 - Distribuição do público participante e das atividades educativas no serviço J

Tabela 1. Distribuição de freqüências do público participante das atividades educativas realizadas em 2005 no serviço J. São Paulo, 2007.

Público participante J	N	%
Trabalhador - comunidade	2	5,3
Comunidade	6	15,8
Enfermeiros e enfermagem nível médio	1	2,6
Todos os trabalhadores do serviço	1	2,6
Equipes de trabalho (assistencial, gerencial)	3	7,9
Outros	2	5,3
Área específica	23	60,5
Total	38	100

Tabela 2. Distribuição dos tipos de atividades educativas realizadas em 2005 no serviço J. São Paulo, 2007.

Tipo de atividade educativa J	N	%
Atividade de recuperação da saúde	3	6
Atividade de promoção e prevenção	8	16
Atividade de promoção, prevenção e recuperação	7	14
Atividade de prevenção	2	4
Atividade de prevenção e recuperação da saúde	4	8
Emergiram do campo	5	10
Gerencial	8	16
Congressos, Simpósios	1	2
Outros	12	24
Total	50	100

ANEXO 1

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 20 de abril de 2005.

PARECER Nº034/2005 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa "*Análise de resultados e impacto dos processos educativos de trabalhadores de saúde no sistema de saúde.*" – CAAE0020.0.162.000-05, de autoria do(a) pesquisador(a) **Marina Peduzzi**.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2º andar - Telefone: 3218-4043 - e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO

Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).
Marina Peduzzi
Nesta

ANEXO 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 14 de janeiro de 2005.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi

Ref.: Processo nº 423/2004/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "ANÁLISE DE RESULTADOS E IMPACTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS DE TRABALHADORES DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo