

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COLETIVA:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Autor: Silvana Elisa Sauer Lopes Murback

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Salgado Bagnato

Campinas/SP
2008

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

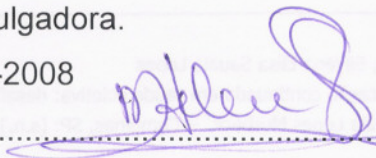
Título - Educação Continuada em Saúde Coletiva: desafios e possibilidades

Autor: Silvana Elisa Sauaia Lopes Murback
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por Silvana Elisa Sauaia Lopes Murback e aprovada pela Comissão Julgadora.

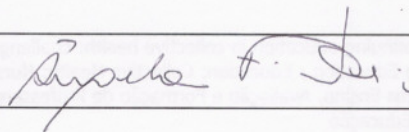
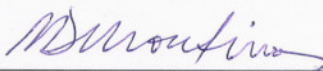
Data: 18-02-2008

Assinatura:.....



Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:



**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Murback, Silvana Elisa Sauaia Lopes
P281f Educação continuada em saúde coletiva: desafios e possibilidades / Silvana
Elisa Sauaia Lopes Murback. -- Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador : Maria Helena Salgado Bagnato.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Educação.

1. Educação continuada. 2. Educação. 3. Saúde coletiva. 4. Enfermagem.
I. Bagnato, Maria Helena Salgado. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Educação. III. Título.

08-063/BFE

Título em inglês : Continuing education in collective health: challenges and opportunities

Keywords: Continuing Education ; Education; Collective Health; Nursing

Área de concentração: Ensino, Avaliação e Formação de Professores.

Titulação: Mestre em Educação

Banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Salgado Bagnato (Orientadora)
Prof^a. Dr^a. Maria Inês Monteiro
Prof^a. Dr^a. Ângela Fátima Soligo
Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Villela Bueno
Prof. Dr. Guilherme do Val Toledo Prado.

Data da defesa: 18/02/2008

Programa de pós-graduação : Educação

e-mail : silvanaelisa@gmail.com

Dedico este trabalho:

Ao Lucas, meu filho querido, e ao Fábio, meu marido.

Com amor.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora prof^a Maria Helena Salgado Bagnato, conselheira sempre presente, e sem a qual este trabalho não teria encontrado sua conclusão.

Agradeço a prof^a Dr^a Maria Inês Monteiro por colaborar para o meu despertar para a educação em saúde e pelas contribuições para esta pesquisa.

Agradeço a prof^a Dr^a Ângela Fátima Soligo pelas sugestões quando do meu exame de qualificação.

Agradeço a minha mãe Júlia, pelo carinho e dedicação. Sempre solidária e atenciosa.

Agradeço aos colegas do PRAESA Lourdes, Lúcia, Greicelene, Rogério e Cristiane, pela amizade e contribuições e especialmente a Lourdes pela dedicação e ajuda contínua.

Agradeço todas as enfermeiras que participaram desta pesquisa, sem as quais este trabalho não seria possível.

Agradeço aos gestores em saúde que dedicaram uma parte de seu tempo para contribuir com esta pesquisa. A coordenadora dos programas de saúde, pela receptividade, disponibilidade e interesse em colaborar para que esta pesquisa se efetivasse. Ao Secretário de Saúde que autorizou a realização desta pesquisa.

Agradeço em especial ao Fábio, pelo companheirismo, incentivo e carinho. Compartilhando dos momentos de dificuldades e alegrias. Quem sempre me motivou para que eu não desistisse no meio da jornada, me fazendo acreditar que não estava sozinha. E ao Lucas, nosso filho e nossa razão de viver.

“Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos”.

Paulo Freire

Lista de siglas e abreviaturas

AB.....	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
APS.....	Atenção Primária a Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
E.C.....	Educação Continuada
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

Lista de Quadros

Quadro 1: Proposta política do MS/SGTES/DEGES	26
Quadro 2: Objetivos e metas de desenvolvimento do milênio para o PNUD.	34
Quadro 3: Relatório Final da 8ª Conferencia Municipal de Saúde.....	36

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição das enfermeiras segundo faixa etária	49
Tabela 2: Tempo de serviço das enfermeiras	49
Tabela 3: Número de enfermeiras graduadas	50
Tabela 4: Enfermeiras com pós-graduação	50
Tabela 5: Distribuição das enfermeiras segundo áreas de especialização.....	51
Tabela 6: Distribuição das enfermeiras segundo experiência profissional	51
Tabela 7: Atividades profissionais das enfermeiras	52
Tabela 8: Atividades atuais desenvolvidas por enfermeiras na Secretaria Municipal de Saúde...	53
Tabela 9: Distribuição das atividades de E.C. desenvolvidas pelas enfermeiras	54
Tabela 10: Distribuição das atividades de Educação Continuada em horas.....	56
Tabela 11: Distribuição das atividades de Educação Continuada em dias.....	56
Tabela 12: Distribuição das Instituições que ofereceram as atividades de Educação Continuada	57
Tabela 13: Distribuição das atividades de Educação Continuada de acordo com a forma como foram desenvolvidas	57
Tabela 14: Relação das atividades de Educação Continuada com as atividades práticas profissionais.....	60
Tabela 15: Distribuição das dificuldades encontradas pelas enfermeiras para a realização das atividades de Educação Continuada.	61
Tabela 16: Forma de avaliação das atividades de Educação Continuada.....	62
Tabela 17: Impacto das atividades realizadas nos serviços de saúde	63

Resumo

Esta pesquisa aborda a temática Educação Continuada em Saúde Coletiva: desafios e possibilidades. Teve como objetivo geral analisar como se configuram as atividades de Educação Continuada dos enfermeiros na área de saúde coletiva de um município mineiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que utilizamos aporte dos elementos da teoria crítica como estratégia metodológica entrevista semi-estruturada, questionário, diário de campo e análise documental. Os sujeitos desta pesquisa foram enfermeiras, Secretário de Saúde, Secretária-adjunta e a Coordenadora dos Programas de Saúde. As enfermeiras que atuavam na saúde coletiva realizaram um número considerável de atividades intituladas de Educação Continuada, mesmo que de forma pontual, principalmente no período compreendido entre 2001-2007. As informações obtidas junto aos sujeitos evidenciam a falta de uma política mais sistematizada de Educação Continuada na área da saúde abrangendo: previsão, captação e distribuição de recursos financeiros, incentivo à formação continuada dos trabalhadores da saúde, participação dos trabalhadores de todos os setores, áreas que demandam aquisição de novos conhecimentos e demandas dos trabalhadores. Consideramos essencial que para a avaliação dos resultados dos programas de Educação Continuada, haja um diagnóstico da situação, com uma resposta dos sujeitos envolvidos. Só assim, pesquisas que abordam esta temática poderão dar uma maior contribuição para os profissionais envolvidos. As falas dos sujeitos (gestores) indicam que existe um movimento voltado para questões da humanização e a melhoria da qualidade do atendimento em saúde, o que pode contribuir para a transformação da realidade.

Palavras-chave: Educação continuada; Educação; Saúde coletiva; Enfermagem.

Abstract

This research addresses the theme Continuing Education in Public Health: its challenges and opportunities. It had intended to analyse the shape how to configure the activities of Continuing Education of nurses in the area of public health of a city of the state of Minas Gerais. This is a qualitative research, we use input elements of the critical theory as a strategy methodological, semi-structured interview, questioning, daily field and documentary analysis. The subjects of this research were nurses, Secretary for Health, Deputy Secretary and Coordinator of Health Programs. The nurses working in public health held a number considerable of activities calls by the name of Continuing Education, even if so the punctual shape, mainly in the period 2001-2007. The information obtained from these subjects showed a lack of a more systematic policy of Continuing Education for health cover: prediction, capture and distribution of financial resources, encouraging the continued training of health workers, worker participation of all sectors, areas that require acquisition of new knowledge and demands of the workers. We consider it essential that for the evaluation of the results of programmes for Continuing Education, there is a diagnosis of the situation, with a response of the subjects involved. Only thus, searches which address this issue can make a greater contribution to the professionals involved. The words of the subjects (managers) indicate that there is a movement dedicated to issues of humanization and improving the quality of care in health, which may contribute to the transformation of reality.

Key words: Continuing Education; Education; Collective Health; Nursing.

Sumário

<i>Lista de siglas e abreviaturas</i>	<i>ix</i>
<i>Lista de Quadros</i>	<i>xi</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>xiii</i>
<i>Resumo</i>	<i>xv</i>
<i>Abstract</i>	<i>xvii</i>
INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	10
1.1 Dialogando com a Educação Crítica	10
1.2 Aspectos Histórico-conceituais da Educação Continuada	17
1.3 Educação Continuada em Enfermagem.....	29
1.4 Relações Educação, Saúde e Trabalho	33
1.5 Abordagem Metodológica da Pesquisa	42
Capítulo 2. A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COLETIVA DE UMA CIDADE MINEIRA	46
2.1 A visão de Educação Continuada dos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde.....	49
2.2 A visão de Educação Continuada dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde.....	64
Capítulo 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA	96
ANEXO 2: INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES JUNTO AOS ENFERMEIROS DA SMS	98
ANEXO 3: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS GESTORES NA ÁREA DA SAÚDE	102

INTRODUÇÃO

O tema privilegiado neste estudo situa-se na interseção das áreas Educação-Trabalho-Saúde. De maneira específica enfoca a Educação Continuada (E.C.) na área de Saúde Coletiva em uma cidade de Minas Gerais.

Para a educação a força motriz que nos impele a uma busca da realização da vida, constitui tanto um ponto de partida quanto um pólo de convergência da intencionalidade e ação educativa, propiciando tomadas de decisões (FERREIRA, 2003).

Quando falamos em educação a tendência muitas vezes é pensar apenas na educação formal, escolarizada, porém, para além das fronteiras escolares também nos educamos.

Para a teoria crítica¹ as escolas são agências de reprodução social, econômica e cultural, suprimindo questões relativas ao conhecimento, poder e dominação (GIROUX, 1997).

Do meu ponto de vista os espaços formais, assim como outros espaços educativos (informais) para além das instituições formais tanto podem reproduzir o status quo quanto produzir outros sentidos, significados e leituras da sociedade.

Os espaços educativos expressam as relações de poder gerando conflito, lutas e contestações; as políticas presentes num determinado período; como também, “a produção de significado, desejo, linguagem e valores inclui e responde às crenças mais profundas acerca do que significa ser humano, sonhar, e identificar e lutar por um futuro particular e forma de vida social” (GIROUX, 1997, p.147).

Para Gadotti (1998), na visão de Freire, conhecemos para entender o mundo, para averiguar e para interpretar e transformar o mundo. O conhecimento implica um compromisso com a transformação, trazendo para as práticas cotidianas o significado da mudança, propiciando para as classes menos favorecidas e os excluídos a oportunidade de se emancipar.

Se compreendermos que educação é algo mais abrangente do que um grupo que se reúne para aperfeiçoar tecnológica e cientificamente, nesta perspectiva, por que não pensar em utilizar uma pedagogia problematizadora, trazendo para as discussões as diferentes realidades e considerando o contexto socioeconômico, político, cultural e ideológico no qual o sujeito está inserido?

¹ Alguns aportes da Teoria Crítica serão apresentados no capítulo 1, item 1.1 – Dialogando com a educação crítica.

Problematizar significa levantar situações problema, promover perguntas desafiadoras, pôr em dúvida, transformar questões em problemas, que contribuem decisivamente para uma aprendizagem significativa, desafiando o sujeito – participante e transformador da ordem social - na busca por soluções originais e criativas destas questões. Para que isto ocorra devemos incorporar o contexto social em que o sujeito está inserido. Gasparin (2002, p.36) entende que “a problematização representa o momento do processo em que essa prática social é posta em questão, analisada, interrogada, levando em consideração o conteúdo a ser trabalhado e as exigências sociais de aplicação desse conhecimento”.

Para Gasparin (2002) valer-se da problematização não é tarefa fácil e sim um grande desafio para os educadores, no sentido em que fundamenta o processo de trabalho docente-discente, representando um elemento-chave na transição entre a prática e a teoria. Assim, a problematização “é a criação de uma necessidade para que o educando, através de sua ação, busque o conhecimento” (GASPARIN, 2002, p.35).

Para McLaren (1997, p.214): “o conhecimento (verdade) é socialmente construído, culturalmente mediado e historicamente situado”. Considero que esta definição traça um paralelo com a interação entre prática e teoria de Gasparin (2002), quando a prática remete ao fazer cotidiano e a teoria é considerada como a cultura elaborada.

Entendemos que esta relação entre teoria e prática contempla as necessidades históricas, econômicas, políticas, filosóficas, religiosas, ideológicas e outras, propiciando uma compreensão da realidade em permanente transformação.

O ensino necessita de constantes revisões, buscando acompanhar as mudanças sociais e as políticas de saúde, que se configuram como “fatores determinantes para a construção do ensino de enfermagem e formação de profissionais engajados na realidade” (Ito e Takahashi, 2005, p.410). Neste sentido, a formação do enfermeiro vem sendo repensada com as mudanças propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais instituídas pela Resolução CNE/CES N°. 3, de sete de novembro 2001 (CNE, 2001), pretende-se formar um enfermeiro generalista, com visão crítica da realidade e que seja capaz de atuar como um agente transformador diante da realidade em que atua.

A elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem contou com a participação da Comissão de Especialistas para o Ensino de Enfermagem, da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e representantes da categoria profissional.

A partir do 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn) que ocorreu no ano de 1998, tiveram início várias discussões sobre as Diretrizes Curriculares para o Ensino de Enfermagem e de acordo com Rodrigues (2005, p.31) “as diretrizes curriculares são a expressão legal da formação na graduação em enfermagem, na década de 90 e início do século XXI”.

Concordamos com Rodrigues (2005) que as referidas Diretrizes Curriculares carecem de uma leitura mais criteriosa, apontando avanços, possíveis retrocessos, pontos pouco avaliados pela categoria, dentre outros. Acreditamos que a elaboração destas Diretrizes seja um caminho para possíveis mudanças, mas não a solução para todos os problemas que permeiam o cotidiano dos profissionais enfermeiros.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (CNE, 2001) propõem em seu parágrafo único a formação do Enfermeiro atendendo às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Assim entendemos que há que se ter como prioridade a Atenção Primária em Saúde², cujo foco está direcionado para a saúde coletiva, uma vez que o SUS a considera essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde, na medida de ser “uma forma de organização dos serviços de saúde e uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população” (BRASIL, 2007a, p.37).

Podemos conceber Atenção Primária em Saúde (APS) como um serviço de saúde de primeiro nível de atendimento, uma porta de entrada para o sistema via unidades básicas - consideradas instâncias operacionais - com nível próprio de atendimento e também o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Assim, apresenta as seguintes características: primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação do cuidado (GIL, 2006; BRASIL, 2007a).

² Atenção Primária em Saúde proposta pela Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, tem como definição divulgada para as Américas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) “a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação” (BVS, 2007).

O governo brasileiro adotou o termo Atenção Básica (AB) ao invés de Atenção Primária em Saúde – embora os considere como sinônimos - como foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Ministério da Saúde (MS) traz uma definição do termo Atenção Básica explicitando que:

“caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio 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, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007b).

Para Gil (2006, p.1179) o conceito de Atenção Básica que emerge vinte anos após Alma-Ata “surge igualmente num contexto de importantes ajustes econômicos, inclusive permeados por políticas de redução do papel do Estado [...] que caracterizaram a década de 1990 e, apesar disso, parece ter sido mais facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde”.

A necessidade do Brasil em adotar o termo Atenção Básica para definir Atenção Primária em Saúde, teve como principal estratégia o Programa Saúde da Família (PSF), como citado acima. Surge como uma necessidade em diferenciar a proposta da Saúde da Família dos

“cuidados primários em saúde”³, que deixam margem para uma visão reducionista da saúde. Atualmente o próprio MS vem utilizando em alguns documentos e eventos a terminologia internacionalmente reconhecida de APS (BRASIL, 2007a).

Neste estudo não vamos nos aprofundar nas análises das aproximações e divergências entre estes dois contextos (APS e AB), mas vale lembrar que surgem em diferentes épocas e cenários, décadas de 70 e 90 respectivamente.

A década de 90, governo de Fernando Henrique Cardoso, vai se caracterizar pelo predomínio de um ideário neoliberal que trouxe implicações para as políticas sociais no Brasil, como por exemplo, o progressivo distanciamento do Estado com as questões sociais e a redução dos investimentos nas áreas de educação e saúde.

A partir de 1993 foi criado o Programa Saúde da Família, tendo início em 1994 e para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

“a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS” (BRASIL, 2007c).

Estas equipes saúde da família são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, engloba também um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

³ Assumiram na primeira metade da década de oitenta um caráter simplista de medicina para os pobres e não uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde. Foram concebidos como política de focalização e atenção primitiva a saúde (BRASIL, 2007a).

No nosso texto optamos por utilizar os termos AB e APS por considerá-los sinônimos. Dependendo do contexto será utilizado um termo ou outro.

A estratégia Saúde da Família teve um crescimento vertiginoso no país desde sua implantação na década de noventa, porém, decorrente de problemas políticos e conceituais, atualmente enfrenta desafios e Gil (2006) que realizou uma detalhada pesquisa de análise dos conceitos de Atenção Primária em Saúde, Atenção Básica e Saúde da Família, define com muita clareza esta questão ao afirmar que a estratégia Saúde da Família:

“atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência)” (GIL, 2006, p.1179).

Acreditamos que como proposta esta estratégia é uma forma de proporcionar dignidade à saúde para a maioria da população. Porém, na prática se tornou um serviço precarizado e terceirizado e há que se ter um enorme esforço do poder público e um comprometimento dos gestores municipais para que a estratégia Saúde da Família aconteça e se concretize dentro dos princípios norteados pelo Ministério da Saúde, que incorpora um ideário de saúde pautado na integralidade, acessibilidade, universalidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Nesta perspectiva a Educação Continuada pode dar uma grande contribuição, quando comprometida com a formação integral do sujeito, sem priorizar apenas a capacitação técnico-científica.

Assim compreendemos que a estratégia Saúde da Família é parte integrante da saúde coletiva e a temática Educação Continuada dos trabalhadores de saúde coletiva nos remete a pensar na Atenção Primária a Saúde, estabelecendo um elo entre estes dois contextos. Uma eficaz APS está intrinsecamente relacionada com a E. C. dos profissionais, na busca pela melhoria da qualidade de assistência prestada ao ser humano.

Percebemos que uma pesquisa sobre esta temática poderá contribuir para dar maior

visibilidade a este trabalho no campo da saúde coletiva, situação pouco explorada na produção científica, bem como apresentar reflexões para que os educadores em saúde possam avançar nestas atividades.

Para entender a dimensão da E. C. na área de saúde coletiva, uma questão pertinente seria compreender como acontece a Educação Continuada para os trabalhadores de saúde coletiva.

Devido aos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, a Educação Continuada presente no cenário brasileiro e mundial necessita ser repensada cotidianamente, no sentido de abarcar outras dimensões do conhecimento. E mais, “precisa ser entendida como um mecanismo de permanente capacitação reflexiva de todos os seres humanos às múltiplas exigências/desafios que a ciência, a tecnologia e o mundo do (não) trabalho colocam” (FERREIRA, 2003, p.20).

Compartilhar conhecimentos produzidos pelos sujeitos e preparar os profissionais para continuarem aprendendo ao longo de suas vidas, são formas de superar os desafios da Educação Continuada na busca por soluções para os problemas do setor da saúde (STRUCHINER, ROSCHKE e RICCIARDI, 2002).

A opção em pesquisar a temática E.C. em saúde coletiva nos leva a conhecer um pouco mais deste universo em outro âmbito que não seja hospitalar, campo este bastante citado na literatura.

As nossas inquietações envolvendo a Educação Continuada surgiram no início do percurso profissional, participando de atividades denominadas treinamento em serviço, reciclagem, dentre outros. Angustiávamo-nos com o fato de que almejávamos algo mais que envolvesse diálogo, interação com a equipe de saúde, compartilhar de saberes, além da possibilidade de expressar nossos anseios, expectativas e dúvidas, porém, não era o que ocorria. Somente quando estávamos atuando como enfermeira do trabalho que visualizamos a área preventiva de uma maneira mais eficaz. Em seguida, após a conclusão de um curso de Licenciatura em Enfermagem, iniciamos na docência do ensino superior. Neste período concluímos um curso de especialização em Docência do Ensino Superior e, assim a educação passou a nos fascinar, por encontrar respostas mesmo que provisórias e também podermos experenciar e compartilhar os conhecimentos adquiridos.

Continuamos o nosso percurso atuando na docência e buscando sempre o conhecimento. Ingressamos então como aluna especial no mestrado em enfermagem em uma universidade

pública do interior de São Paulo. A partir daí, estudando diversos educadores de extrema relevância como Paulo Freire, Gramsci, Vasconcelos, Moacir Gadotti, dentre outros, tivemos a exata convicção da necessidade de conhecermos e aprendermos muito mais sobre a educação. Foi então que após um exame de seleção iniciamos o mestrado em educação na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A nossa escolha pela temática Educação Continuada em saúde coletiva partiu de uma enorme curiosidade, primeiro porque é uma área com uma vertente para a atenção primária tendo assim estreita relação com a prevenção; segundo pela maior autonomia que a saúde coletiva proporciona aos profissionais, especialmente os enfermeiros, sujeitos desta pesquisa e, um terceiro ponto muito interessante e instigante, foi a oportunidade de trazer a visão que os gestores têm da Educação Continuada. Esperamos com esta pesquisa trazer reflexões sobre E.C. que possam contribuir com o campo da saúde coletiva.

Acreditamos que o setor de saúde deva caminhar em parceria com a educação, contando com profissionais comprometidos com a constante busca pelo conhecimento, a fim de garantir uma assistência com qualidade ao ser humano.

Assim, este trabalho tem como objetivo geral analisar como se configuram as atividades de Educação Continuada dos enfermeiros na área de saúde coletiva de um município mineiro. E como objetivos específicos:

- Caracterizar as atividades de Educação Continuada em saúde coletiva no município, a partir da visão dos enfermeiros.
- Compreender os limites, os desafios e as possibilidades de realização destas atividades.
- Compreender a visão que os gestores têm da Educação Continuada

Como as atividades de Educação Continuada para enfermagem na área de saúde coletiva ainda têm pouco espaço nos serviços e pouca visibilidade na produção científica de enfermagem, algumas questões podem ser levantadas:

- Por que isto ocorre?
- Quais os limites e desafios que estas atividades encontram no campo da saúde coletiva?
- Qual o espaço que a educação continuada em enfermagem tem nos serviços de saúde

coletiva?

A partir dos objetivos delineamos a seguinte organização do texto, que se encontra dividido em três capítulos: No primeiro capítulo apresentamos o percurso teórico-metodológico, introduzindo o tema educação e estabelecendo um diálogo com a educação crítica. Retratamos os aspectos históricos e conceituais da Educação Continuada e contextualizamos a E.C. em enfermagem. Finalizando o primeiro capítulo apresentamos um entrelaçamento entre educação, saúde e trabalho e o fundamento metodológico desta pesquisa.

No segundo capítulo apresentamos os resultados da pesquisa, contextualizando o sistema de saúde do município e descrevendo a análise dos questionários aplicados aos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de um município mineiro e a análise das entrevistas concedidas pelos gestores em saúde.

No terceiro capítulo trazemos as considerações finais, interpretando os resultados obtidos com a pesquisa, apontando possíveis problemas diagnosticados, apresentando sugestões para a consolidação e solidificação das atividades de Educação Continuada e destacando os pontos positivos levantados.

Capítulo 1. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

1.1 Dialogando com a Educação Crítica

A educação sempre foi tema que recebeu inúmeras definições e motivo de preocupações de homens e sociedades desde a antiguidade. Por exemplo, para Platão, idealista do conceito de mundo racional, supra-sensível, a compreensão de educação contemplava a verdade, o bem e o belo. Este era o traço característico da civilização ocidental ao tratar os problemas à luz da razão, unindo assim conhecimento e virtude (RIBEIRO,1986).

No século passado, Dewey resgatou a concepção acima e para ele “o comportamento moral, fruto de aprendizado, é aquele que leva o indivíduo a crescer, a realizar-se mais amplamente em suas potencialidades, o que se dá em uma sociedade” (RIBEIRO, 1986, p.70).

De acordo com Pimentel (1991) educação deriva do termo em latim que significa ato de criar. Transcende o instruir, vindo a se considerar como o instituir que representa o pontapé inicial “do processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano, na tentativa de superação das necessidades que surgem, respeitando-se e demandando o realizar-se, o vir-a-ser” (PIMENTEL, 1991, p.72).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu Art. 205 diz: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Duas instituições exercem um papel fundamental na construção da aprendizagem: a família e a escola. É na interação da criança com os seus familiares, geralmente adultos ou crianças com idades superiores que tem início o processo de construção da aprendizagem. Já a escola, considerada como um espaço de socialização, deveria se responsabilizar em preparar de uma forma igualitária todos os cidadãos para desempenhar um papel ativo e participativo na sociedade.

Reconhecer a educação como uma prática social é entender que o processo educativo está ligado a nossa vivência, ou melhor, existência, que se inicia no ambiente familiar e perdura por

toda a vida do ser humano em suas relações sociais.

O processo educativo pode ser vivenciado de uma maneira formal ou informal para aprender, para ensinar, para aprender e ensinar, para saber, para fazer, para ser ou para conviver.

Para Freire (1983, p.28) “a educação implica uma busca realizada por um sujeito de sua própria educação. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém”.

Quando se educa para arquivar o que se deposita, perde-se o poder de criação. Ao homem compete criar e transformar o mundo, por isso a educação deve ser libertadora. O educador deve oportunizar aos educandos que sejam eles mesmos (FREIRE, 1983).

O compromisso da educação deve estar na formação da autonomia do sujeito, a fim de que possa agir com responsabilidade e de modo consciente. Para adquirir autonomia é preciso primeiramente aprender a decidir, pois aquela vai se constituindo na experiência de inúmeras decisões que vão sendo tomadas.

Como nossa pesquisa aborda a Educação Continuada do trabalhador enfermeiro, consideramos que além da educação escolar, os espaços não formais também contribuem para a formação do cidadão, por isso é necessário continuar aprendendo ao longo de toda a existência humana.

O profissional busca aprender algo que seja significativo para ele e essa busca contínua pelo conhecimento promove seu crescimento. Porém, a educação envolve troca de saberes, respeito ao saber do educando e na área da saúde, com sujeitos que convivem com enfermidades, ao educador cabe respeitar e problematizar suas crenças, seus sentimentos e sua cultura.

Ensinar exige rigorosidade metódica, pesquisa, criticidade, estética e ética, reflexão crítica sobre a prática, risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, consciência do inacabamento, reconhecimento de ser condicionado, respeito à autonomia do ser do educando, bom senso, apreensão da realidade, alegria e esperança, curiosidade, segurança, competência profissional e generosidade, comprometimento, compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo, liberdade e autoridade, tomada consciente de decisões, saber escutar, disponibilidade para o diálogo e querer bem aos educandos (FREIRE, 1996).

Compartilhamos do pensamento de Ferreira (2003) na questão ética da educação entendida como a prática da hospitalidade e acolhimento ao recém-chegado e concebida como:

“a educação na relação e na experiência do outro, da alteridade no sentido de superar

a educação técnico-científica que tem sido defendida pelo “humanismo” conservador, apregoado pelo neoliberalismo. Assim, a educação como acontecimento ético culmina em uma ética sensível ao sofrimento“ (FERREIRA, p.39, 2003).

No contexto abaixo Portella (1999), citando Freire, visualiza o educador como um mediador da aprendizagem e não um transmissor de informações.

“Freire (1979), em seu princípio pedagógico, entende que educação é um compartilhar de saberes, sendo que isto é possível pelo diálogo, onde todo saber humano tem em si o testemunho do novo saber, a partilha do conhecimento, que só pode acontecer através do diálogo, estabelecendo a partir disso, um processo de ação-reflexão, em cima da realidade, com vistas a transformação” (PORTELLA, 1999, p.357).

Apoiando-nos na teoria crítica, entendemos que uma prática pedagógica exige um compromisso com a transformação social, empreendendo ação e formas de aprendizado, solidarizando-se com classes menos favorecidas, como grupos subordinados e marginalizados. Na visão de um teórico crítico as escolas não funcionam dentro dessa ordem democrática e igualitária, pelo contrário, “operam principalmente para reproduzir os valores e privilégios das elites existentes” (McLAREN, 1997, p.196).

Concordamos com a seguinte afirmativa,

“a teoria crítica coloca os educadores diante de uma forma de análise que mostra as fraturas, as discontinuidades e as tensões na história, as quais são valiosas por ressaltar a centralidade da luta e da ação humanas, enquanto revelam simultaneamente a distância entre a sociedade como é dada e a sociedade como deveria ser” (GIROUX, 1983, p.26).

Giroux contribuiu decisivamente para a teorização crítica, tendo como grande influência em sua obra a concepção libertadora de educação de Paulo Freire, propõe assim a “pedagogia da possibilidade” (SILVA, 1999).

Destacou-se no final dos anos oitenta com a teoria da educação radical, iniciando uma nova escola de pensamento, focalizando seu discurso nos aspectos gerais da educação, na educação para a cidadania e nos estudos culturais, além de contribuir para ampliar nosso

conhecimento na questão da relação entre educação e vida política. De acordo com Silva (1999, p.55) “Giroux vê a pedagogia e o currículo através da noção de “política cultural”. O currículo envolve a construção de significados e valores culturais”.

Para Giroux a questão central é a problemática da cultura popular, conectada à questão pedagógica e curricular. É nos conceitos dos teóricos da Escola de Frankfurt, como Theodor W. Adorno, Max Horkheimer e Herbert Marcuse que este autor encontra respaldo quando “ataca a racionalidade técnica e utilitária, bem como o positivismo das perspectivas dominantes sobre currículo” (SILVA, 1999, p.51).

Embora estas discussões retratem o espaço escolar, ainda assim podemos trazer para os espaços informais onde a educação também acontece. Entendemos que Giroux faz crítica ao predomínio da racionalidade técnico-instrumental, ao modelo de organização da sociedade (em classes). Para a teoria crítica o compromisso da educação é com a transformação da sociedade.

Além de criticar a racionalidade positivista, Adorno, Horkheimer e Marcuse também enfatizavam a necessidade do desenvolvimento de uma consciência crítica, coletiva e de uma sensibilidade como pré-condição da liberdade humana. E mais, para estes teóricos o criticismo representava um elemento indispensável na luta pela emancipação (GIROUX, 1983).

Segundo a Escola de Frankfurt, a educação é muito importante, representando a forma de conhecer e entrar em contato com a realidade. Coube a Giroux extrair de conceitos filosóficos dos teóricos acima citados, orientações para uma “educação entendida como esforço sistemático e intencional exercido em locais de transmissão e discussão do saber” (Zuin e Pucci, 1999, p.13).

McLaren (1997) destaca que também pertenciam à Escola de Frankfurt – tendo seu início antes da Segunda Guerra Mundial - outros teóricos como Leo Lowenthal, Erich Fromm e, mais tarde integrando a segunda geração Jürgen Habermas. Ressalta ainda que “os teóricos críticos estão unidos em seus objetivos: fortalecer aqueles sem poder e transformar desigualdades e injustiças sociais existentes” (McLAREN, 1997, p.192).

Teóricos como Paulo Freire, Henry Giroux e Peter McLaren fazem uma distinção entre escolarização e educação, afirmando que “a primeira é basicamente um modo de controle social; a última tem o potencial de transformar a sociedade, tendo o estudante a função de um sujeito ativo comprometido com o aumento de poder pessoal e social” (McLAREN, 1997, p.198).

Para formar profissionais competentes, críticos, que tenham autonomia e criatividade, há que se rever a maneira de ensinar, além de atentar para as mudanças de paradigmas. Muitas

escolas ainda utilizam a pedagogia tradicional, em que a educação é verticalizada, ou seja, o aluno aprende e o professor ensina. O aluno neste contexto é um ser passivo e o professor é visto como um detentor do saber. Este tipo de abordagem que Paulo Freire tanto criticava e que denominou “educação bancária”, educação esta que tende a inibir a autonomia e o potencial criador, assim, não se consegue formar no aluno uma visão crítica da realidade.

O pensamento freireano propõe uma educação significativa de forma a torná-la crítica e emancipadora, neste cenário a educação:

“representa a necessidade de um comprometimento apaixonado por parte dos educadores em tornar o político mais pedagógico, isto é, tornar a reflexão e ação crítica partes fundamentais de um projeto social que não apenas inclua formas de opressão mas também desenvolva uma fé profunda e permanente na luta para humanizar a própria vida” (GIROUX,1997, p.147).

Partindo de uma necessidade em nomear a contradição existente entre o que as escolas dizem fazer e o que elas realmente fazem surgiu a pedagogia crítica e na visão de Giroux (1999, p.137) “os educadores críticos precisam compreender como as formas materiais e vividas de cultura estão sujeitas à organização política, isto é, como são produzidas e reguladas”.

A pedagogia crítica tem como um dos princípios fundamentais descobrir e desafiar o papel que as escolas representam em nossa vida política e cultural, pois segundo McLaren (1997, p.193) “as escolas sempre racionalizam a indústria do conhecimento em divisões de classe, que reproduzem desigualdade, racismo e sexismo; e que fragmentam relações sociais democráticas através de uma ênfase na competitividade e no etnocentrismo cultural”.

Para os teóricos críticos as escolas reforçam a ideologia dominante, não oferecem oportunidades para que estudantes em sua grande maioria se tornem capazes como cidadãos críticos e ativos e nem para a capacitação pessoal e profissional (McLAREN, 1997).

Giroux compreende o ensino como uma forma de política cultural em que alunos e professores sejam vistos como intelectuais transformadores. Considera a diversidade cultural, social, ideológica e material. Concebe a linguagem como instrumento e local de disputa em torno de diferentes significados, práticas e leituras de mundo. O capital cultural em suas formas contraditórias que “constituem a maneira como os estudantes produzem significados que legitimam formas particulares de vida” (GIROUX, 1997, p.141).

Na visão de Giroux, a política cultural de Freire:

“representa um discurso teórico cujos interesses subjacentes se formam em torno de uma luta contra todas as formas de dominação subjetiva e objetiva, assim como uma luta em prol de formas de conhecimento, habilidades e relações sociais que promovam as condições para a emancipação social e, portanto, a auto-emancipação” (GIROUX, 1997, p.146).

McLaren (1997) concebe a educação como multicultural e inclusiva, capaz de proporcionar uma transformação social, superando a irracionalidade, a dominação e a opressão. Para McLaren (1997, p.203) “o conhecimento emancipatório nos ajuda a entender como os relacionamentos sociais são distorcidos e manipulados por relações de poder e privilégio. [...] ele cria as bases para a justiça social, igualdade e distribuição de poder”.

Embora se pretenda uma mudança no perfil do profissional da saúde, o sistema de ensino no contexto atual ainda privilegia a metodologia tradicional, não correspondendo as demandas para este novo perfil. Ciampone (2000) relata muito claramente em sua fala esta desconexão entre o ensino e este “novo” profissional ao comentar que, “o sistema tradicional de ensino não prepara o profissional para problematizar e interrogar a realidade nos aspectos constitutivos, atribuindo aos profissionais de saúde um papel mais fortemente ancorado na dimensão da técnica, em detrimento da capacitação ético-política” (CIAMPONE, 2000, p.364).

Para Ciampone (2000) a própria Universidade tende a fragmentar também as avaliações, e, por conseguinte os valores, oprimindo professores e alunos. A rigidez, o autoritarismo hierárquico e os próprios instrumentos utilizados nos processos avaliativos refletem a opressão e as forças de resistência social. Opressão que Freire (1996) tanto combatia e que não se cansou de dizer que o caminho para uma transformação na educação seria o diálogo.

Compreendemos que o discurso anda muito mais rápido do que as nossas práticas e talvez por isso o sistema de ensino que privilegia a dimensão técnico-científica ainda seja tão presente nas escolas, mesmo com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais que propõe a formação de um profissional de saúde com outra vertente, um sujeito crítico, criativo, reflexivo, um generalista.

Nos programas de Educação Continuada, um trabalho conjunto com várias abordagens e interação entre os participantes poderia contribuir para atingir o objetivo de resgatar as diferentes

dimensões do conhecimento.

Uma educação só será viável e transformadora quando for uma educação integral do ser humano, através da compreensão, diálogo, trabalho, dignidade e respeito desta e por esta humanidade.

Para EGRY (1996, p.73):

“o que garante o ato educativo emancipador é a decisão de intervir para transformar, o que demanda um trabalho conjunto, lento e rigoroso e pressupõe não só a vontade política, mas também a necessidade de retomar passos já dados e de buscar pontos vulneráveis para a mudança”.

O Relatório da Conferência Internacional sobre a Educação para o Século XXI da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) mais conhecido como “Relatório Jacques Delors”, estabeleceu os quatro pilares do conhecimento, sendo eles: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Para Romão (2002) essas aprendizagens consideradas como pilares da educação continuada ou educação permanente por representar o processo educacional por toda a vida, constituem a perspectiva mais interessante da Educação de Jovens e Adultos ao resgatar todas as dimensões da realização humana.

Romão (2002) em sua análise sobre o Relatório Jacques Delors diz que:

“ainda que o Relatório seja considerado generalista, é, no mínimo, curioso que um documento dessa natureza tenha explicitado a opção por uma concepção pedagógica que foge ao padrão hegemônico da razão cartesiana, estrutural ou positivista, sugerindo mesmo o movimento dialético da historicidade, a partir da transformação dos educandos em sujeitos de seu próprio processo educativo e de seu dever”.

Ricaldoni e Sena (2006, p.838) afirmam que “o sistema educacional permanece, hegemonicamente, um sistema de treinamento subalterno para gente subalterna, desvinculando do aprender a aprender e do saber pensar. Com isso não emerge a qualidade buscada”; ao mesmo tempo estes autores amenizam esta visão um tanto quanto sombria da educação contemporânea, ao dizer que um dos caminhos para a mudança e superação dos obstáculos está na “educação crítica, reflexiva e transformadora, superando os limites impostos pelo Estado e pelo mercado,

portanto, educação mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural” (RICALDONI e SENA, 2006, p.839).

Sempre existe a possibilidade de resistir, transgredir, romper, mesmo em condições adversas. A educação crítica defende uma postura ativa e ética do educador e do educando. Vislumbra o educador não como detentor de “verdades absolutas”, mas sim de “respostas transitórias”, cabendo ao educando problematizá-las.

Para ALMEIDA e ROCHA (1989, p.122) o saber é histórico e como tal “contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas”.

Na década de setenta do século XX a Organização das Nações Unidas para a Educação e a Ciência já tinha como proposta a educação permanente como pilar da política educativa para os próximos anos (UNESCO, 1973).

1.2 Aspectos Histórico-conceituais da Educação Continuada

A Educação Continuada assume diferentes concepções ao longo do tempo, atendendo a diversos interesses. Neste sentido, torna-se significativo explicitar as compreensões que alguns autores trazem a respeito deste conceito.

A concepção de Educação Continuada focada no comportamento está mais ligada ao mundo do trabalho, voltada para a formação profissional. Lowe apud Destro (1995, p.25) diz que a “educação continuada é toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamentos a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes”.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define E.C. como uma “oportunidade de capacitação dos trabalhadores – incluindo oficinas, seminários, conferências e outros meios educacionais formais ou informais - voltada ao fortalecimento, atualização e complementação do conhecimento e da capacidade dos trabalhadores” (OPAS, 2001, p.4).

Já uma concepção focada na formação humana, representada por diversos autores é mais abrangente, visando tanto o desenvolvimento profissional quanto pessoal do sujeito, e contextualizando suas práticas.

Peres e Bagnato (1998, p.187) definem a Educação Continuada (ou contínua) como:

“um processo educativo que tem início com a atividade profissional e cujo objetivo é desenvolver o homem de forma integral [...], através de atividades que desenvolvam o espírito crítico-criativo, possibilitando a identificação e solução de problemas a partir da sua realidade e do contexto social no qual está inserido, dentro do seu ambiente de trabalho”.

De acordo com Silva, Pereira e Benko (1989) a E.C. representa um processo educativo dinâmico e flexível que se dá através da interação social entre os sujeitos, considerando-o na sua totalidade e com uma inserção socioeconômica e cultural.

Para Monteiro, Chillida e Bargas (2004, p.542) “a educação permanente vem sendo considerada como um processo amplo que envolve aspectos do desenvolvimento integral do ser humano, não se limitando a treinamentos técnicos formais”.

A concepção de E.C. para esta pesquisa primeiramente se apropria do pensamento de autores com esta visão de formação humana na integralidade, não desconsiderando, porém os avanços científicos e tecnológicos visto que fazem parte do cotidiano, cabendo à educação articulá-los. É imprescindível considerar o contexto socioeconômico, político, cultural e ideológico do sujeito com as suas diferenças e peculiaridades quando pensamos em Educação Continuada com uma ampla formação. Educar para a vida contribuindo para a construção da capacidade crítica, criativa e reflexiva, ou seja, para a construção da cidadania.

No decorrer do tempo diferentes denominações foram surgindo para caracterizar as atividades de Educação Continuada. Alguns termos condizem com o que esta pesquisa define como E.C. direcionada para a formação integral do ser humano, outros, no entanto, encontram-se na contra lógica do contexto em questão, no sentido em que vinculam E.C. apenas a atualização profissional.

Marin (1995) faz uma análise situando às mudanças de terminologia ocorridas de acordo com as necessidades e interesses de cada época seguindo o desenvolvimento profissional e industrial:

- Reciclagem - termo este muito presente na década de 80, utilizado para caracterizar processos de modificação de objetos ou materiais. Não deve ser utilizado para pessoas. A concepção deste termo no meio educacional levou à criação de cursos rápidos e descontextualizados,

além de palestras e encontros esporádicos. Não é só a atualização do profissional que gera melhores resultados, existem diversos fatores que interferem nesta questão;

- Treinamento - cujo foco principal está na modelagem de comportamentos, procedimento este inadequado aos processos de Educação Continuada, devido ao fato de estarmos educando pessoas e não apenas buscando finalidades meramente mecânicas. Em algumas circunstâncias é possível pensar em ações de Educação Continuada quando o termo treinamento incorporar significados como tornar apto, capaz de realizar tarefas ou ter habilidades, o que pode ser sentido em algumas áreas em que há necessidade de adquirir destrezas ou aprendizagem de novas técnicas;
- Aperfeiçoamento - este termo não cabe ao processo educativo, pois a perfeição na atividade educativa significa não ter falhas e sabe-se que em educação é preciso conviver com a possibilidade de grandes fracassos assim como de acertos;
- A capacitação é composta de duas formas. A primeira refere-se a tornar capaz, habilitar, forma esta compatível com a Educação Continuada, pois para exercer as funções de educadores, as pessoas precisam se tornar capazes. Já a segunda forma que diz respeito a convencer, persuadir é incompatível com os profissionais da educação que devem caminhar no sentido oposto ao do convencimento ou da persuasão.

Outra perspectiva de formação continuada mais contemporânea é o desenvolvimento profissional trazendo uma superação das idéias acima, sem negar fatores importantes da área da saúde, abrangendo reflexão, apropriação pelo sujeito de conteúdo, de práticas, ressignificação e treinamento em algumas dimensões.

O desenvolvimento profissional representa diferentes momentos da carreira, como as diferentes necessidades apresentadas pelos sujeitos, os problemas, as expectativas, os desafios e dilemas para a construção do conhecimento profissional. Um conhecimento sempre dinâmico que se desenvolve ao longo da atividade profissional (NONO e MIZUKAMI, 2006).

Na análise que Nono e Mizukami (2006) fazem sobre os processos de formação de professoras iniciantes, descrevem que:

“Pesquisas sobre desenvolvimento profissional analisam processos de mudança vividos pelos professores a partir de dimensões organizacionais, curriculares, didáticas e profissionais, sendo desenvolvidos estudos sobre a dimensão pessoal de tais processos e

sobre a aprendizagem dos docentes como pessoas adultas” (NONO e MIZUKAMI, 2006, p.384).

Mais adiante perceberemos que o uso dos termos capacitação e treinamento são muito utilizados na área de saúde coletiva para designar as atividades de E.C. que são oferecidas aos profissionais vinculadas aos programas definidos pelo governo, seja na instância federal, estadual ou municipal. Atividades estas que privilegiam a dimensão técnico-científica, direcionada para a prática profissional. Qual o comprometimento com a transformação social?

Concordo com Destro (1995, p.27) quando diz que “educação continuada não é apenas transmissão de conhecimentos científicos, mas, também, de atitudes em relação à utilização desses conhecimentos”. Entender a E.C. apenas como transmissão de conhecimentos é uma visão simplista. Educar implica algo mais, como, rever conceitos, mudar atitudes e ser capaz de agir como agente transformador.

Além das questões conceituais, entendemos que é significativo compreender o processo histórico da Educação Continuada para situar como estas atividades se configuram no cenário atual.

O termo Educação de Adultos surge quando em 1919 foi fundada em Cambridge (Inglaterra) a Associação Mundial de Educação de Adultos. Em 1949 ocorreu a primeira reunião mundial, sob os auspícios da UNESCO, em Elsinor (Dinamarca) com poucos avanços quanto à especificidade de Educação Continuada e segundo Luz (2000, p.345) “o enfoque desse encontro teve como pressuposto básico a compreensão de que todo conhecimento sofre transformações e é preciso aprender a capacitar-se”. A segunda e terceira Conferências da UNESCO realizadas respectivamente em Montreal (Canadá) no ano de 1960 e em Tóquio no ano de 1972 foram muito importantes para definição do campo e conceituação da Educação Continuada (DESTRO, 1995).

Conforme apontado por Arouca (1983) no Relatório Final da Conferência de Montreal, o conceito de Educação Permanente aparece pela primeira vez como recomendação para “figurar entre os objetivos das políticas governamentais de todos os países membros e nos seus planos nacionais de desenvolvimento” (AROUCA, 1983, p.73).

Como primeira definição de educação permanente Arouca (1983) diz que provavelmente foi do autor brasileiro Dumerval Trigueiro Mendes, propondo educação para todos a fim de reduzir a marginalidade social. Na visão desta autora, “a educação é prioritariamente práxis social, é subjetividade e objetividade em permanente dialeticidade, é a transformação da

realidade, mas também, ação sobre as estruturas sociais” (AROUCA, 1983, p. 38).

A UNESCO concebe a educação permanente “como um processo do crescimento do homem que se realiza como indivíduo e como membro de numerosos grupos sociais” (UNESCO, 1973, p.158).

Ao longo do tempo o termo “educação continuada” recebeu diversas denominações como educação de adultos, educação em serviço, educação extra-escolar, formação continuada, educação continuada, educação permanente e educação contínua. Os três últimos termos são os mais utilizados atualmente e os considero como sinônimos, pois eles têm o conhecimento como eixo. Aponta para sentido de continuidade, de educação como processo prolongado pela vida toda. Para embasar esta afirmação acima do ponto de vista semântico, Ferreira (1994) traz as seguintes definições para estas palavras:

- Continuado: que dura sem interrupção, repetido, seguido, contínuo.
- Contínuo: em que não há interrupção, seguido, sucessivo.
- Permanente: que permanece, contínuo, ininterrupto, constante, duradouro, durável, que tem organização estável.

Referente aos termos educação permanente, formação continuada e educação continuada, considerados por Marin (1995) como similares, a autora faz uma observação destacando alguns aspectos, com o intuito de trazer uma compreensão mais detalhada. Educação permanente tem uma concepção de “educação como processo prolongado pela vida toda, em contínuo desenvolvimento” (MARIN, 1995, p.18).

Já a formação continuada “guarda o significado fundamental de atividade conscientemente proposta, direcionada para a mudança” (MARIN, 1995, p.18).

Ainda, segundo a autora acima, “o uso do termo educação continuada tem a significação fundamental do conceito de que a educação consiste em auxiliar profissionais a participar ativamente do mundo que os cerca, incorporando tal vivência ao conjunto de saberes de sua profissão” (Marin, 1995, p.19). Assim, a E.C. torna-se mais abrangente incorporando o cotidiano do ser humano a sua atividade profissional.

Portanto, para esta pesquisa decidiu-se por utilizar o termo Educação Continuada e não permanente, muito embora sejam sinônimos, compreende-se que continuada sugere um percurso

contínuo na busca pelo conhecimento, permitindo uma visão menos fragmentada e mais inclusiva.

Para Arouca (1983, 1996) são três as correntes de autores quando se trata da definição do termo “educação permanente”:

- Corrente Européia

A corrente européia se destaca no aspecto histórico, quando na Europa surge o termo educação permanente proveniente da educação popular. Além disso, a Dinamarca onde ocorreu a I Conferência Mundial de Educação de Adultos é considerada o berço das Universidades Populares. Esta corrente teve como representantes vários autores em diversos países da Europa, sendo que Pierre Furter da Suíça foi quem mais influenciou a literatura educacional brasileira, como será comentado mais adiante (AROUCA, 1983).

- Corrente Internacional

Com a crise mundial da educação no final da década de 60, afetando as políticas nacionais de educação tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, surgiram questionamentos quanto às necessidades educativas, pois era uma época de grandes avanços científicos, políticos e sociais, demandando uma rápida evolução de conhecimentos teóricos e práticos, em que a educação formal escolarizada não conseguia suprir. Assim, diversos países preocupados com as defasagens de mão-de-obra especializada, estabeleceram uma política de formação de adultos (AROUCA, 1996).

Surge então em 1954, em Genebra, a Fundação Européia da Cultura, uma associação privada com a finalidade de “encorajar os projetos europeus multinacionais nos domínios científicos, educativos e artísticos” (Arouca, 1996, p.67). Essa Fundação cooperou com alguns órgãos internacionais como UNESCO, Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), Organização Internacional do Trabalho (OIT), dentre outros. Todos de grande relevância para o movimento da Educação de Adultos. A intervenção destes órgãos internacionais:

“pretendeu o desenvolvimento dos indivíduos adultos que necessitam de reciclagens, atualizações ou aprendizagens, mas, [...], as funções exercidas no domínio da cooperação econômica, social e educacional, [...], indica que a Educação Permanente pode prefigurar uma dominação internacional nos diversos países membros, ou

“beneficiados”, por meio desses órgãos” (AROUCA, 1996, p.67).

- Corrente Americana

Apresentou três principais tendências:

- Tendência social reformista (1919-1929) – os educadores de adultos “vêm a educação de adultos como instrumento ideal de crítica e de progresso social” (AROUCA, 1983, p.5).
- Tendência para a orientação profissional (1929-1946) – seus educadores “se consideram como educadores e não como reformadores sociais” (AROUCA, 1983, p.5).
- Tendência eclética (1946-1964) – os educadores “se inspiram nas duas tendências anteriores, procurando profissionalizar, mas também reconhecendo a necessidade de esforço das mudanças sociais para tornar os indivíduos mais livres” (AROUCA, 1983, p.5).

De acordo com Arouca (1996) Cotton acrescenta um quarto período abrangendo os anos de 1965 a 1975, “marcado pelos movimentos internacionais de Educação de Adultos, pelo retorno às preocupações sociais do início do século e pela colocação da Educação de Adultos no contexto da Educação Permanente” (AROUCA, 1996, p.68).

Para contextualizar a relação destas três correntes com a educação permanente, Arouca (1983) faz uma análise, como segue:

“através da análise das correntes internacional, americana e européia, a noção de educação permanente, pretende elaborar através de um conjunto sistemático, uma teoria que explique e oriente a ação educativa, no contexto da sociedade contemporânea. O conceito de educação permanente surgiu na Europa, não somente impulsionada pela necessidade da reconstrução pós-guerra, mas também, tentando elaborar um instrumento para superar as limitações dos modelos de educação formal” (AROUCA, 1983, p.14).

Foi através do Relatório Edgar Faure em 1972, que o conceito de educação permanente consagrou-se internacionalmente. No Brasil, ficou a cargo da UNESCO a difusão das idéias de educação permanente, definida como um processo que deve continuar por toda a vida adulta. Somente no início dos anos 60 começam a aparecer algumas referências sobre este tema. Com a influência de Pierre Furter (especialista da UNESCO) quando entre 1964-1965 ministrou cursos

de Filosofia da Educação em São Paulo, o termo educação permanente entra efetivamente na literatura educacional brasileira. A partir daí suas idéias se difundiram entre grupos de educadores disseminando-as para outros estados brasileiros (AROUCA, 1983).

Arouca (1983) em análise a documentos destaca o II Plano Setorial de Educação e Cultura para o quinquênio 1975/1979 - que teve como objetivo a educação permanente - em que traz uma alteração na expressão “educação permanente” vindo a ser substituída por “educação continuada”. Este documento apresentava finalidades operacionais em decorrência de diversos documentos básicos do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Em suas metas a intenção era se valer da educação como um instrumento de progresso (AROUCA, 1996).

O termo educação permanente volta a ser largamente utilizado, na área da saúde, tanto que as Diretrizes Curriculares Nacionais (CNE, 2001) para os cursos de graduação em enfermagem propõem em seu Art. 4º, item VI: Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

A produção da política nacional de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no SUS “representou o esforço de cumprir [...] metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (CECCIM, 2005 b, p 976).

Ainda, segundo este autor,

“o conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, [...] na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde [...]. O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde [...], da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS), em 2003” (CECCIM 2005 b, p.976).

Ceccim (2005 a) utiliza a designação Educação Permanente em Saúde porque segundo o autor, como vertente pedagógica a educação permanente ganhou estatuto de política pública apenas na área de saúde, devido à difusão pela Organização Pan-americana de Saúde desta proposta.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) ligado ao MS:

“é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária. Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde” (BRASIL, 2004, p.6).

Os Pólos de Educação Permanente, tidos como instâncias de articulação interinstitucional “devem trabalhar com a perspectiva de construir nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais” (BRASIL, 2004, p.12).

O Ministério da Saúde propõe também que esses Pólos trabalhem com elementos que possam conferir a integralidade da atenção á saúde, superando os limites da formação e das práticas tradicionais de saúde (BRASIL, 2004).

Embora o MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o DEGES façam uma distinção entre Educação Continuada e educação permanente, entendemos que seja quanto ao modelo vigente nas capacitações e não quanto a concepção de E.C. que busca um ideário de transformação social, na pluralidade das questões políticas, sociais, culturais e econômicas. As diferenças citadas pelo MS situam-se no campo das práticas pedagógicas, conforme apontado no Quadro 1.

Tanto que Ceccim (2005a) contextualiza referindo que as capacitações/prescrições oriundas dos “programas de ação” ainda são ineficazes no quesito incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, em virtude da maneira descontextualizada com que trabalham, baseando principalmente na transmissão de conhecimentos. Propõe então que:

“Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las [...] e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde” (Ceccim, 2005 a, p.165).

A questão corresponde à terminologia de E.C. que passou a ser adotada na década de setenta conforme explicitado por Arouca (1996), vinculando-se a ela por vários anos os ditos treinamentos, reciclagem, aperfeiçoamento, que constavam da qualificação profissional, principalmente nas indústrias. Assim, entendemos que o retorno do termo educação permanente, buscou fazer uma diferenciação, na qual discordamos, por acreditar que não podemos vincular ao termo os modelos das práticas educacionais.

Quadro 1: Proposta política do MS/SGTES/DEGES

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside/ define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<i>Modus operandi</i>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.

Atividades educativas	<p>Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social.</p> <p>A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.</p>	<p>Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação- controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.</p>
-----------------------	---	---

Fonte: BRASIL, 2004.

Continuamos afirmando que os termos educação continuada e educação permanente tidos como sinônimos são os mais expressivos e nos remetem para diversos entendimentos. Assim, concordamos com Ferreira (2003, p.19) que estes termos não devem estar em oposição, pois esta diferenciação conduziria a um falso problema, “correndo-se o risco de mais um “divisionismo” no mundo refuncionalizado que vivemos e que a divisão técnica do trabalho ocasionou, fragmentando o conhecimento, as possibilidades e a vida humana” E também, porque independente dos objetivos, o processo de aquisição continuada do conhecimento enfrenta as mesmas dificuldades, obstáculos e desafios (FERREIRA, 2003).

Conforme justificado anteriormente, neste estudo optamos por utilizar o termo Educação Continuada, entendendo que retrata um panorama de busca contínua pelo conhecimento, comprometida com o desenvolvimento integral do sujeito.

Acreditamos que este modelo ideal de E.C. norteada por uma aprendizagem significativa, compromisso com a transformação social, atuação de uma equipe multiprofissional, interação entre os sujeitos, respeito mútuo, capacidade para o diálogo, contribuiria enormemente para trazer satisfação pessoal e profissional aos profissionais, gestores e todos aqueles que estejam comprometidos com a humanização da assistência, a fim de proporcionar melhor qualidade da assistência prestada ao ser humano.

Ceccim (2005 a, p.162) afirma:

“aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua

porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento [...] e experimentação”.

Na luta por ideais, valores e capacidade de ação, a força pedagógica da cultura, constitui importante espaço político. “A educação permanente é um elemento fundamental do processo de criação dessas identidades e valores que integram a narrativa do que constitui a política” (GUILHERME, 2007).

Consideramos que um dos grandes desafios da E.C. na atualidade, está em mostrar a necessidade do profissional em inserir-se ou manter-se no mundo produtivo e também estabelecer relação com a sociedade, com as políticas públicas, com a organização e com a Instituição, no qual o sujeito está inserido.

Na década de 80 Arouca (1983) em sua tese já demonstrava a preocupação com o contexto social, econômico e cultural do ser humano. Sua fala evidencia claramente este aspecto quando refere que as sociedades altamente industrializadas enxergam a Educação Permanente apenas como contínua atualização tecnológica e preenchimento de momentos de lazer. Para a autora esta não é uma noção adequada visto que “não leva em conta as diferentes condições sociais, as estruturas das relações produtivas e os diferentes modos de ser de cada sociedade” (AROUCA, 1983, p.106).

Paim e Nunes (1992) também compartilham da mesma preocupação que Arouca ao afirmar que “o sujeito da educação continuada nos serviços de saúde é uma pessoa adulta, um trabalhador – servidor público com uma visão de mundo (formação ideológica) e uma inserção socioeconômica (classe social)” (PAIM e NUNES, 1992, p.265).

Embora na afirmação acima haja referência apenas ao servidor público, compreendemos que os trabalhadores do setor privado também apresentam as características citadas, ou seja, um sujeito adulto, inserido dentro de um contexto socioeconômico e com uma visão de mundo.

Lima apud Pedrosa (2001, p. 262) menciona que:

“[...] ação educativa deve resultar na ampliação da consciência, na aquisição de habilidades, na emersão de novos e diversificados interesses, na mudança de comportamento, tendo como funções essenciais a formação de cidadãos capazes de

participar criticamente da vida pública, conscientes de seus direitos e deveres [...]”

Compartilhamos do mesmo ideário de educação que Arouca (1996) traz para finalizar seu artigo, ou seja, uma educação igualitária, com vistas à transformação da realidade e objetivando o desenvolvimento cultural, social, político e econômico.

A Educação Continuada prioriza capacitar o sujeito para ser um agente de mudança dentro da realidade em que atua. Freire (1983) enfatizava a questão de transformar a realidade na qual o ser humano está inserido, por isso consideramos que a concepção de Educação Continuada pode ser vista através da teoria crítica.

1.3 Educação Continuada em Enfermagem

A Educação Continuada na área da Enfermagem surgiu nos Estados Unidos, vindo a substituir o termo Educação em Serviço utilizado por vários anos. O que distingue os dois é que o primeiro visa à formação do ser humano enquanto profissional e pessoa e o segundo visava apenas à capacitação em serviço (KURCGANT, 1993).

Para a elaboração de um programa de Educação Continuada, há que se considerar o sujeito, a organização na qual ele está inserido e também a sociedade. Para Kurcgant (1993) os indivíduos estão inseridos dentro de uma organização, tornando assim algo abstrato em concreto devido a sua atuação através de atividades de produção ou prestação de serviços e, por sua vez, a organização está inserida na sociedade.

As diferentes atividades de Educação Continuada em variadas instituições de saúde ainda se desenvolvem com alguns limites, enfatizando principalmente a atualização de procedimentos técnicos e deixando de atender os interesses específicos do ser humano. Assim, este enfoque não considera os aspectos culturais, sociais e subjetivos que envolvem o processo de formação do profissional em questão (BAGNATO, 1999).

As instituições utilizam os programas de Educação Continuada visando obter desenvolvimento e capacitação de seu pessoal. A enfermagem por ser uma profissão que requer atualização constante devido à evolução tecnológica e científica necessita educar os profissionais, a fim de oferecer melhor assistência ao paciente. A Educação Continuada é um dos caminhos para propiciar uma assistência de qualidade, respeitando-se o paciente e o profissional (SOUZA e

CERIBELLI, 2004).

Souza e Ceribelli (2004), ao abordar apenas a questão da atualização tecnológica e científica vinculada à qualidade da assistência, reforçam a idéia de formação só voltada para as questões profissionais instrumentais. Fato este totalmente díspar em relação ao contexto desta pesquisa. O ponto chave é a questão da humanização da assistência aglutinando as dimensões sociais, culturais, políticas, ideológicas e econômicas, colaborando assim para uma melhor qualidade da assistência. Não desmerecendo em nenhum momento a importância da atualização tecnológica e científica, mas deixando claro que existe uma lacuna para atingir o objetivo da melhoria da qualidade da assistência.

Oliveira, Collet e Vieira (2006, p.282) acreditam que:

“humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade”.

Humaniza SUS figura entre as políticas públicas de saúde, mas como é vivenciada na prática ainda está um pouco distante do discurso, quando se pensa na questão do diálogo, da interação entre os sujeitos, da problematização, do respeito às crenças dos sujeitos, e tantos outros aspectos considerados importantes para prestar uma assistência de qualidade.

Na visão de BAGNATO (1999, p.78):

“[...] as atividades de E.C. deveriam se dar numa perspectiva crítico-reflexiva, incentivando os profissionais a buscarem alternativas para mudanças significativas tanto nas políticas de saúde quanto na prática profissional, contribuindo para prestar uma assistência de qualidade, procurando atender as necessidades da maioria da população, para isto é importante que eles assumam o papel de sujeitos ativos, participando na construção e implementação destas políticas”.

O profissional, após graduar-se, recebe o título de bacharel, estando capacitado para iniciar o exercício profissional; assim, insere-se no mundo produtivo atuando em diversos campos, representando apenas o início de sua carreira profissional. No mundo contemporâneo,

mediante grandes avanços científicos e tecnológicos, faz-se necessário uma atualização constante, porém, como este sujeito é um ser social, necessita ser contextualizado, visto que está inserido dentro de um contexto.

Segundo Struchiner et.al (2002) a educação permanente dos trabalhadores é considerada essencial para a reforma no setor saúde e o processo educativo, em todos os seus níveis, constitui-se como um recurso estratégico necessário.

Porém, as autoras concluem que:

“No entanto, a educação (formal e continuada) no campo da saúde raramente privilegia um enfoque que possibilite a estudantes e profissionais a oportunidade de vivenciar ativamente a aprendizagem como construção de conhecimento, por meio da reflexão sobre suas próprias experiências [...]. Por outro lado, a disseminação de novos conhecimentos científicos está pouco orientada para a prática profissional, havendo, inclusive, um longo período de defasagem entre a sua produção e difusão e a sua integração ao cotidiano dos serviços de saúde” (STRUCHINER et.al 2002, p.158).

O primeiro Seminário de E.C. realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem foi em 1980 e “considerava esta educação como a aquisição progressiva de competências e que ela será reconhecida na medida em que a qualidade do cuidado se manifeste na totalidade da prática da assistência de enfermagem” (BAGNATO, 1999, p.77).

Ao formular propostas para implantação de um programa de Educação Continuada em uma instituição de saúde alguns fatores são indispensáveis como, considerar o contexto socioeconômico, político, ideológico e cultural dos trabalhadores, pensando na integralidade do sujeito - com seus anseios, desejos, frustrações e limitações - visando prepará-lo para atender as necessidades do ser humano que está sob seus cuidados. Estar capacitado tecnologicamente não é o bastante, embora seja de extrema relevância. Este profissional precisa ser capaz de ter uma visão crítica da realidade, ser ético e atuar como um agente transformador.

Em sua maioria os programas de Educação Continuada existentes se preocupam muito mais em capacitar científica e tecnologicamente o funcionário ou também treinar suas habilidades do que enxergar o profissional como um sujeito que necessita se educar continuamente. Freire (1983, p.39) diz que “[...] o passo para a consciência crítica não é automático. Somente se dá com um processo educativo de conscientização. Este passo exige um trabalho de promoção e

critização”.

Na visão de Monteiro, Chilida e Bargas (2004, p.4):

“as atividades educativas, nos serviços de saúde em geral, caracterizam-se pela fragilidade de inserção institucional e modismos pedagógicos, dependentes de dirigentes e normas institucionais muitas vezes acríticas. Para reverter essa situação, é necessário chegar à essência da questão, abstraindo a realidade e compreendendo os fenômenos na sua realidade concreta, estabelecendo correlações entre o processo produtivo e o educativo”.

Considerando o contexto pedagógico dos programas de formação, Struchiner et.al (2002, p.159) afirma que são utilizados “métodos de ensino reprodutivistas que conduzem à passividade e à superficialidade, assim como à falta de criatividade, de curiosidade e de compreensão sobre os fenômenos e as experiências vivenciados”.

Ceccim (2005a) descreve vários problemas na área de saúde como, baixa disponibilidade de profissionais, predomínio da formação hospitalar biologicista e tecnicista, crescente especialização demandando altos custos e sofisticação de tecnologias, carência de profissionais em regiões menos desenvolvidas – a maioria deles se concentra nos grandes centros urbanos – e velocidade de renovação de conhecimentos e saberes tecnológicos. Para o autor tais obstáculos demandam iniciativas ambiciosas de transformação do processo de formação de trabalhadores.

Ainda na visão de Ceccim (2005a) a fragmentação do setor da saúde gerando especialistas com uma noção de concentração de saberes impostos aos profissionais, serviços e sociedade, acaba por expropriar os demais saberes, anulando as realidades locais. Para compreender a pluralidade do problema, além dos dados gerais com que os especialistas trabalham a busca por um olhar focado na afetividade e no local do problema, vem permear as idéias trazendo uma visão mais abrangente.

O enfermeiro educador pode atuar como um mediador da aprendizagem, promovendo nos alunos o envolvimento nas discussões sobre as necessidades e os resultados. Debruçar o olhar para observar a prática se constitui em um meio para avaliar a eficiência destes programas, mesmo porque a identificação de novas necessidades por parte do educador pode ser alcançada quando se olha para as atividades cotidianas (MONTEIRO, CHILLIDA e BARGAS, 2004).

1.4 Relações Educação, Saúde e Trabalho

É imprescindível estabelecer o elo entre educação, saúde e trabalho, visto que o profissional da saúde é um trabalhador que está inserido em uma Instituição e necessita se educar continuamente para acompanhar as constantes mudanças tanto científicas e tecnológicas quanto sociais e culturais. Neste contexto, o que vai propiciar ou não, obstaculizar ou não a possibilidade de fazer um tipo ou outro de E.C são a cultura do trabalhador e da Instituição e também as condições de trabalho deste trabalhador em contrapartida com as condições materiais da Instituição.

A seguir, objetivando fazer uma incursão pelo campo da saúde consideramos necessário relembrar o conceito ampliado de saúde proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, citar as metas do milênio e elementos das duas últimas Conferências Municipais de Saúde, buscando um olhar atento para o contexto educacional.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco, traz em seu relatório final um conceito ampliado de saúde; “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. E mais, diz que o direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CNS, 2007).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento do milênio que incluem várias metas. Aprovada na Cúpula do Milênio - realizada de 6 a 8 de Setembro de 2000, em Nova York -, a declaração do Milênio reflete as preocupações de 147 Chefes de Estado e de Governo e de 189 países, que participaram da maior reunião de dirigentes mundiais. Até 2015, todos os 191 Estados-Membros das Nações Unidas assumiram o compromisso de atingir os objetivos apresentados no Quadro 2 (PNUD, 2000).

Quadro 2: Objetivos e metas de desenvolvimento do milênio para o PNUD.

	OBJETIVOS	METAS
1	Erradicar a extrema pobreza e a fome	Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar PPC por dia. Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome.
2	Atingir o ensino básico universal	Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico.
3	Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres	Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, a mais tardar até 2015.
4	Reduzir a mortalidade infantil	Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.
5	Melhorar a saúde materna	Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.
6	Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças	Até 2015, ter detido a propagação do HIV/Aids e começado a inverter a tendência atual. Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.
7	Garantir a sustentabilidade ambiental	Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais. Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável segura. Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados.
8	Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento	Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório. Atender as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos. Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo. Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo. Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento; em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações.

Fonte: PNUD, 2007.

Várias destas metas serão desenvolvidas na área de saúde coletiva, como por exemplo, a

mortalidade infantil poderá ser reduzida com adequado acompanhamento do desenvolvimento da criança, cumprimento do calendário de vacinação, dentre outros; melhorar a saúde materna pode ser alcançado através do acompanhamento pré-natal; combate a doenças infecto-contagiosas pode ser conseguido com um programa eficaz de prevenção. Então se o objetivo da E.C. dos trabalhadores de saúde é a melhoria do cuidado à saúde, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida ao usuário, entendemos que há necessidade ao desenvolver programas de E.C. na área de saúde coletiva, de contemplar essas preocupações em atingir as metas do milênio.

As Conferências Municipais de Saúde tem como função delinear as políticas de saúde para o município. Consideramos necessário para esta pesquisa examinar o relatório final das duas últimas Conferências Municipais de Saúde.

A 7ª Conferência Municipal de Saúde realizada nos dias 25 e 26 de novembro de 2005 teve como tema: “Conselho Municipal de Saúde – Participação da Sociedade Organizada na Administração da Saúde” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

Os objetivos desta Conferência foram discutir e definir a formulação e a implementação de Políticas Municipais de Saúde baseado nas diretrizes do SUS e eleger os membros titulares e suplentes do Conselho Municipal de Saúde para o mandato de 2006/2007. Teve como eixos temáticos:

- Eixo I: A legislação do SUS e o Controle Social
- Eixo II: Implantação dos Conselhos locais de Saúde.
- Eixo III: O envolvimento de diferentes setores (intersetorialidade) nas ações de saúde do SUS.

Nas discussões que envolveram o Eixo I aparece a proposta de se estabelecer parcerias com a educação, cuja finalidade seria priorizar política social de acesso as informações de saúde e prevenção para os jovens.

Nas discussões que envolveram o Eixo III surge a proposta de criação de equipe de prevenção e educação em saúde bucal trabalhando em conjunto com escolas, creches e associações comunitárias e assistenciais.

Percebemos que as propostas que interagem e envolvem a educação estão direcionadas para os jovens e mais especificamente para a saúde bucal. Mais adiante, ao analisarmos as

propostas da 8ª Conferência notaremos um avanço envolvendo o campo da educação quando surgem propostas referentes a capacitações, educação popular e educação em saúde.

A 8ª Conferência Municipal de Saúde realizada nos dias 13 e 14 de julho de 2007 abordou o tema: “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, 2007).

Os objetivos desta Conferência foram discutir e propor a formulação e a implementação de Políticas Municipais de Saúde baseadas nas diretrizes do SUS e indicar delegados a VI Conferência Estadual. Teve como eixos temáticos:

- Eixo I: O SUS na Seguridade Social
- Eixo II: O Pacto pela Saúde: desafios da gestão Municipal de Saúde para implantação de políticas públicas visando saúde e qualidade de vida.
- Eixo III: O SUS: Consolidado ou ainda pode avançar?
- Eixo IV: A participação do Usuário no controle social.
- Eixo V: Desafios para efetivação do direito humano à saúde.

Nas discussões que envolveram o Eixo III aparece a proposta de criação de um programa de educação popular em saúde, envolvendo a sociedade, PSF e demais setores da saúde pública, apresentando total interação com a Educação.

Das propostas sínteses juntamente com as propostas agregadas serão abordadas apenas aquelas que envolvem a educação, por ser relevante para esta pesquisa, conforme apontado no Quadro 3.

Quadro 3: Relatório Final da 8ª Conferência Municipal de Saúde.

Proposta Síntese	Proposta Agregada
Humanização do atendimento de profissionais, funcionários, gestores e prestadores do SUS funcionários	Capacitação e Treinamento da rede
Criar núcleos de educação popular em saúde	Núcleos de educação popular
Que ao estabelecer a política municipal de educação do SUS se busque a integração dos profissionais da rede por meio de fóruns, simpósios e debates	Acabar com o desencontro de informações
Estimular o esporte, a cultura e lazer como forma de promoção da saúde	Trabalhar mais ações de promoção da saúde Educação em saúde

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

Estas Conferências municipais são espaços de discussões visando levantar propostas e abordar temas abrangentes direcionados para as políticas públicas. Assim, percebe-se que já há uma incursão mesmo que timidamente pelo campo da Educação Continuada quando analisamos as propostas síntese abaixo relatadas.

Podemos considerar um avanço quando vislumbramos o uso dos termos acima citados na proposta agregada, com a finalidade de proporcionar a humanização do atendimento. Isso já demonstra uma preocupação em se realizar atividades de Educação Continuada.

O ser humano deve preparar-se para a vida e para o trabalho, visando satisfazer as suas necessidades. Trabalho e educação caminham juntos, por serem ambos atividades próprias do ser humano.

No período denominado pós-guerra - que compreende meados da década de 50 e ao final dos anos 70 - houve um grande desenvolvimento econômico, com geração de emprego e mudança do controle do uso do trabalho para o espaço social reduzindo o poder das empresas. Já no final dos anos 70 e na década de 80 ocorreram profundas transformações no mundo do trabalho: grandes avanços tecnológicos; incorporação de outros processos produtivos como neofordismo e neotaylorismo, que mesclam-se ao fordismo e taylorismo; surgimento de novos processos de trabalho; disseminação do “toyotismo” e formas transitórias de produção que causaram impactos em relação aos direitos de trabalho (ANTUNES, 1997 e DEDECCA, 2000).

As transformações no mundo do trabalho evidenciaram conseqüências como: “desproletarização do trabalho manual, industrial e fabril; terceirização, heterogeneização e subproletarização do trabalho. Diminuição do operariado industrial tradicional e aumento da classe-que-vive-do-seu-trabalho” (ANTUNES, 1997, p.73).

A expressão classe-que-vive-do-trabalho objetiva conferir “contemporaneidade e amplitude ao ser social que trabalha, à classe trabalhadora hoje, apreender sua efetividade sua processualidade e concretude” (ANTUNES, 1999, p.101).

Para Romão (2002):

“o sistema produtivo, tecnológica e formalmente reconvertido, juntamente com as novas exigências da concorrência mundial, está impondo um padrão de comportamento produtivo flexível e uma combinação da razão instrumental com a razão comunicativa, [...] no qual as potencialidades do aprender e da comunicação são mais importantes do que a acumulação de conhecimento e habilidades especializadas”.

Segundo Pochmann (2001) são crescentes os requisitos para uma maior qualificação profissional, e aquisição de mais habilidades para exercer a atividade profissional, fruto de uma demanda de trabalho mais exigente. Alterações no conteúdo, nas condições de produção e a reprodução do trabalho, geraram a formação de um novo trabalhador.

Na sociedade contemporânea há um processo de individualização do sujeito e esse processo tem como decorrência a transferência da responsabilidade de formação para o trabalhador. Isso em termos de formação, de educação do sujeito, do cidadão, traz essa mudança de foco, ao invés de ser uma responsabilidade social passa a ser individual.

Nessa relação educação/trabalho Romão (2002) diz que são defendidas quatro teses, como segue:

“1. Desqualificação – O sistema produtivo do Capitalismo Organizado estaria produzindo uma desqualificação absoluta e relativa. Portanto, ao invés de estarmos caminhando para o fim do “mandarinato”, ao invés de estar ocorrendo uma socialização das informações e competências, estaria se verificando o contrário, uma verdadeira substituição do trabalho vivo pelo da maquinaria automática, exigindo da força de trabalho operações mecânicas e repetitivas, completamente destituídas de qualquer racionalização e, no limite, obsoletizando a própria força de trabalho.

2. Requalificação – Os nexos entre educação e produção, no contexto da terceira “revolução tecnológica”, estariam provocando a elevação da taxa média de qualificação da força de trabalho.

3. Polarização das Qualificações – Na medida em que o trabalho vivo é substituído pelo trabalho mecatrônico, a necessidade de qualificação polariza-se nas tarefas de criação, manutenção, direção e vigilância, concentrando-se, portanto, num pequeno número de trabalhadores.

4. Qualificação Absoluta e Desqualificação Relativa – A taxa média de qualificação da força de trabalho estaria se elevando absolutamente, mas a qualificação relativa – considerado o nível de conhecimentos disponíveis na sociedade – estaria se rebaixando”.

Em decorrência da globalização houve um grande avanço tecnológico e científico, passando a economia por uma transformação semelhante à Revolução Industrial, mudando de um “trabalho em massa” para um “trabalho de elite” altamente especializado. Em contrapartida se

acentua a marginalização social, a estratificação e as péssimas condições que sobrevivem milhões de brasileiros que sequer tem acesso a saúde e a educação. Torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde diante de tal complexidade estar comprometido com a produção de atos cuidadores (Ciampone, 2000). Então:

“se é certo que produzir atos cuidadores depende do conhecimento adquirido e da tecnologia disponível para o cuidado, é certo também que o cuidado está intimamente relacionado à inter-dependência da relação e do encontro entre sujeitos e espaços intercessores” (Ciampone, 2000, p.362).

Ferreira (2003) contextualiza esta incorporação da ciência e tecnologia aos processos produtivos e sociais, apresentando uma contradição de que à medida que se simplificam as tarefas, exige-se mais conhecimento do trabalhador e, conseqüentemente, a ampliação de sua escolaridade, através de processos permanentes de Educação Continuada. Assim,

“a relação entre educação e trabalho, mediada no taylorismo/fordismo por modos de fazer, ou, [...] mediada pela força física, pelas mãos ou por habilidades específicas que demandavam coordenação fina e acuidade visual, passa a ser medida pelo conhecimento, compreendido como domínio de conteúdos e de habilidades cognitivas superiores (FERREIRA, 2003, p.21).

Com um mercado de demanda cada vez mais exigente para uma prestação de serviço de excelência visando à satisfação de clientes internos e externos, as instituições de saúde passam por um processo de transformação em empresas, reestruturando desde sua política organizacional e filosófica até as formas operacionais, com a preocupação de uma melhoria da qualidade de seus serviços (TANAKA e LEITE, 2001).

Como já foi citado acima houve grandes avanços tecnológicos, principalmente no final do século passado e início deste, avanços estes que trouxeram modificações na organização do trabalho, cobrando dos trabalhadores constante atualização de seus conhecimentos devido ao risco da obsolescência, exigindo contratação de funcionários com polivalência multifuncional e motivadores, assim sendo a Educação Continuada não pode ficar aquém deste contexto por ser tema de constantes reflexões (MONTEIRO, CHILLIDA e BARGAS, 2004; POCHMANN, 2001; FERREIRA, 2003).

Na visão de Pochmann (2001) neste cenário de constantes mudanças, surgem novos requisitos profissionais para garantir o ingresso e permanência no emprego, que se daria através da aquisição de um maior nível educacional. Assim,

“Ao mesmo tempo, a formação e o constante treinamento profissional se transformariam em uma das poucas alternativas passíveis de ação do Estado para conter o avanço do desemprego e da precarização no uso da força de trabalho” (POCHMANN, 2001, P.41).

Sendo as organizações peças fundamentais, com profissionais nela inseridos, seu desafio, “é reter os seus recursos humanos, visto que somente por meio do desenvolvimento das pessoas pode-se assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade” (BEZERRA, 2000, p.353).

Assim, Castilho (2000) afirma que o ser humano será fundamental para o sucesso das organizações, local este de concentração das mais variadas concepções e estruturas de Educação Continuada.

A autora acima traz em seu discurso a missão que a Educação Continuada passará a ter dentro das organizações, ante as mudanças necessárias, que “será, sobretudo criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os trabalhadores dominem as situações, a tecnologia e os saberes do seu tempo e do seu ambiente, que possibilitar o pensar e a busca de soluções criativas para os problemas” (CASTILHO, 2000, p.358).

Para Ceccim (2005 a, p.163) “torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional”.

Se a educação é um ato de criar e quando se é capaz de desenvolver este potencial criador, o profissional consegue agregar o pensar ao fazer, estabelecendo assim, um movimento dialético de comprometimento social.

De acordo com Monteiro, Chilida e Bargas (2004, p.4) ao enfermeiro compete:

“propiciar suporte organizacional e administrativo para atingir os objetivos estabelecidos, assegurar que a estrutura proverá e facilitará experiências de

aprendizado para os trabalhadores [...] e o planejamento das atividades, levando em consideração as necessidades desses trabalhadores, do serviço e a implantação do processo educativo”.

A tecnologia educacional utilizada no processo ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde “precisa ser um instrumento mediador entre o homem e o mundo, o homem e a educação, servindo de mecanismo pelo qual o educando se apropria de um saber redescobrimo e reconstruindo o conhecimento” (LITWIN, apud CIAMPONE, 2000, p.363).

Romão (2002) traz a importância da E.C. como parte inexorável da formação humana;

“Os homens e as mulheres, na sua trajetória neste mundo, não alcançam a plenitude embora a procurem indefinidamente. A busca incessante de atualização de todas as próprias potencialidades dá-se na dimensão dessa procura de superação da inconclusão, já que ela se inscreve no inesgotável universo dessas potencialidades não atualizadas. É nesta perspectiva que o ser humano torna-se essencialmente utópico, dotado de esperança, pedagógico. Assim, a educação torna-se um processo imprescindível à humanidade e ao processo civilizatório, mais do que um instrumento da realização ocupacional e do capital” (ROMÃO, 2002).

Pensando no papel da E.C. na atualidade, percebemos que a educação tem um papel importante na perspectiva de emancipação dos sujeitos e de transformação da realidade. Será que esta perspectiva interessa aos serviços de saúde? Há interesse em que a maioria da população possa reivindicar, discutir, ocupar lugares no Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde? Será que interessa a ideologia dominante formar cidadãos críticos capazes de atuarem contribuindo para a transformação da realidade?

Infelizmente as políticas públicas que permeiam às práticas sociais não chegam exatamente como sua formulação, isto porque no papel tudo é muito bem elaborado. Ao utilizar os serviços de saúde o sujeito se depara com as contradições entre a prática e a teoria no que tange a formulação de políticas públicas. A demanda por um serviço de qualidade capaz de abranger vários aspectos da vida cotidiana ainda permanece apenas no papel.

Nosso entendimento sobre este “novo” profissional se assemelha ao que foi expresso por Ferreira (2003, p.29):

“o futuro cidadão do mundo se define por novas exigências do mundo do (não) trabalho, marcado pela força de trabalho, profissão e remuneração, emprego e desemprego que ocorrem em escala mundial, a nova sociedade civil mundial com toda a sua complexidade, histórica e lógica, à qual se submetem, praticamente, todas as outras realidades. Mesmo vinculado às raízes locais, nacionais ou regionais que continuam vigentes e importantes, até mesmo decisivas, o indivíduo está inserido nas configurações, movimentos, exigências e desafios da sociedade mundial. Esta passa a ser a referência mais importante na sua formação enquanto cidadão de direitos e deveres que, sem prejuízo dos locais, regionais e nacionais, passam a predominar na constituição da sua cidadania”.

Neste contexto a finalidade da E.C. deixa de ter aquela visão reducionista presente em muitos programas, e passa a ser pluralista, pensando na formação de um cidadão que transita entre as diferentes culturas, alicerçado na solidariedade, na justiça social, no respeito às diferenças e direito de todos (FERREIRA, 2003).

1.5 Abordagem Metodológica da Pesquisa

Pesquisa de natureza descritiva qualitativa. Descritiva porque conforme Trivinos (1987, p.110) “o foco essencial desses estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, [...] etc”. Qualitativa porque são investigações que não admitem regras precisas, além de apresentar diversidade e flexibilidade (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1999).

A pesquisa qualitativa se fundamenta na identidade entre o sujeito e o objeto. De acordo com MINAYO (2004) a abordagem qualitativa:

- É útil para compreender fenômenos específicos em todas as suas dimensões.
- Trata de objetos delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade que pelas suas dimensões quantitativas.
- Não é útil para compor grandes perfis ou indicadores macro econômico sociais.

Para MINAYO (1994, p.22) “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos

significados das ações e relações humanas”. Pesquisa qualitativa se faz com sujeitos da história, com sujeitos que constroem, convivem, que têm estruturas e relevância.

Para Santos Filho e Gamboa (2002, p.43) “a pesquisa qualitativa [...] está mais preocupada com a compreensão [...] ou interpretação do fenômeno social, com base nas perspectivas dos atores por meio da participação em suas vidas”. O propósito está na compreensão, explanação e especificação do fenômeno.

Em uma pesquisa qualitativa “o pesquisador precisa tentar compreender o significado que os outros dão às suas próprias situações” (SANTOS FILHO e GAMBOA, 2002, p.43).

Já o “sujeito tem que intervir interpretando, procurando seu sentido, e utilizando técnicas abertas que permitam a manifestação profunda dos fenômenos” (SANTOS FILHO e GAMBOA, 2002, p.95).

A apresentação dos dados foi descritiva, pois conforme Ludke e André (1986, p. 12-13) em uma pesquisa qualitativa “os dados coletados são predominantemente descritivos [...] e a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo”.

Este estudo foi desenvolvido junto ao serviço de saúde coletiva de um município no sul de Minas Gerais, no período de 2006 a 2007. Compõem este estudo a Coordenadora dos Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, o Secretário de Saúde, a Secretária-adjunta e quinze enfermeiras com dois anos ou mais de serviço, que consentiram em participar do mesmo. Os participantes foram informados quanto ao caráter voluntário de sua participação e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO-1) autorizando a sua participação e tiveram o direito de se retirarem do estudo se julgar oportuno.

A adoção dos critérios (dois anos ou mais de serviço) para inclusão e exclusão fez-se necessária a fim de caracterizar as atividades de Educação Continuada que foram realizadas pelos profissionais enfermeiros no campo da saúde coletiva.

A coleta de dados foi realizada através dos seguintes instrumentos: questionário, entrevista semi-estruturada, levantamento de material documental e diário de campo. O roteiro da entrevista foi submetido a um pré-teste e foram realizados os ajustes necessários antes da aplicação definitiva. As falas foram gravadas, transcritas e serão utilizadas posteriormente nas análises com o consentimento dos participantes.

Para as análises utilizamos os questionários e as entrevistas como instrumento. O material documental e o diário de campo foram orientadores da nossa compreensão.

A opção pelo questionário que foi aplicado as enfermeiras com dois anos ou mais de serviço no município fez-se necessária no sentido de obter informações sobre as atividades por elas realizadas, para posterior análise. A escolha por enfermeiros foi devido ao fato de ser este um grupo bastante representativo em número de profissionais atuando no serviço; além disso, estão presentes nas unidades básicas de saúde, hospitais municipais e centros de saúde de seis a oito horas diários, em geral.

Foi respeitado o princípio da autonomia, o anonimato e a individualidade de cada participante.

A realização deste estudo foi orientada pela Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, obedecendo às exigências para a realização da pesquisa com seres humanos. Com autorização do Secretário de Saúde do município, aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada que foi aplicada aos gestores em saúde do município pesquisado serviu para ter melhor compreensão do objeto e foi realizada através de um pequeno roteiro. Coube ainda à pesquisadora, durante o processo de entrevista, orientar aos participantes que não existiam respostas certas ou erradas e que as mesmas deviam ser respondidas de acordo com a percepção de cada um.

O diário de campo é um material de análise que não deve ser desprezado, pois é muito importante e foi utilizado em todos os momentos de visitas à Secretaria Municipal de Saúde para colher informações para este estudo.

Para as análises das entrevistas e dos questionários, utilizamos como aporte teórico elementos da educação crítica, apoiando-nos em teóricos como Paulo Freire, Henry Giroux, Peter McLaren, dentre outros.

As teorias críticas são teorias de questionamento e transformação radical. McLaren (1997, p.191) afirma que “a pedagogia crítica apresenta uma variedade de contra lógicas importantes à análise positivista, não-histórica e despolitizada utilizada por críticos liberais e conservadores da escolarização”.

Para os teóricos críticos “homens e mulheres são essencialmente não livres e habitam um mundo repleto de contradições e assimetrias de poder e privilégio” (McLAREN, 1997, p.199).

Com este estudo buscou-se analisar como se configuram as atividades de Educação

Continuada dos enfermeiros na área de saúde coletiva de um município mineiro, tendo como objetivos específicos: caracterizar as atividades de Educação Continuada em saúde coletiva no município, a partir da visão dos enfermeiros; compreender os limites, os desafios e as possibilidades de realização destas atividades e compreender a visão que os gestores têm da Educação Continuada.

Capítulo 2. A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COLETIVA DE UMA CIDADE MINEIRA

A Instituição, cenário deste estudo é a Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior de Minas Gerais, mais especificamente o serviço de saúde coletiva responsável pela Atenção Primária a Saúde.

O referido município está situado no sul do estado de Minas Gerais – mesoregião sul/sudoeste MG - e de acordo com o censo de 2007 a população é de 144.420 habitantes (IBGE, 2007).

O sistema municipal de saúde deste município apresenta a seguinte estrutura: dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área urbana, seis postos de saúde na área rural, doze equipes de Programa Saúde da Família (PSF), Policlínica e um Hospital municipal prestando pronto-atendimento 24horas/dia, uma farmácia central, um Centro Materno-infantil, um Centro Municipal de Assistência ao Distúrbio de Aprendizagem (Cemada), uma unidade Serviço de Saúde Mental, uma unidade da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, uma unidade de Vigilância Ambiental, três núcleos de especialidades, um centro regional de Saúde do Trabalhador, dois trailers equipados com consultório odontológico e um trailer equipado para atendimento em ginecologia (Diário de campo).

Compõem o quadro de funcionários de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde, conforme documento fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (2006), os seguintes profissionais, assim distribuídos:

1. Enfermeiro = vinte e nove, sendo vinte com dois anos ou mais de serviço e nove com menos de dois anos de serviço. Para o estudo foram selecionados os vinte enfermeiros com dois anos ou mais de serviço, de acordo com os critérios de inclusão. Os outros nove enfermeiros foram excluídos da amostra. A distribuição destes profissionais em relação aos locais onde desenvolvem sua atividade profissional encontra-se abaixo discriminada:
 - o Policlínica central:
 - Pronto-atendimento – seis enfermeiros
 - Imunização e saúde da criança – uma enfermeira

- Unidade central – uma enfermeira
 - Vigilância Epidemiológica = uma enfermeira coordenadora
 - Vigilância Sanitária = dois enfermeiros
 - Controle e Avaliação = uma enfermeira
 - DST-AIDS = uma enfermeira
 - Hospital Municipal = três enfermeiros
 - Programa materno-infantil = uma enfermeira
 - Núcleo de Especialidades (centro) = uma enfermeira
 - Núcleo de Especialidades (zona leste) = dois enfermeiros, sendo que uma enfermeira também pertence a unidade de coleta de sangue
 - SAMU = uma enfermeira coordenadora – efetiva e cinco enfermeiros contratados
 - Centro Regional de Saúde do Trabalhador = uma enfermeira
 - Coordenação dos Programas de Saúde = uma enfermeira
 - Gestão de Trabalho e Educação em Saúde = uma enfermeira
 - Unidades Básicas de Saúde (UBS) – cinco enfermeiras para nove unidades assim distribuídas:
 - Duas enfermeiras: cada uma responsável por três unidades básicas.
 - Três enfermeiras: coordenam uma unidade, sendo que duas delas também coordenam um programa de saúde (Saúde da mulher e Controle e Avaliação).
2. Médico = cento e sete.
 3. Dentista = vinte e um.
 4. Assistente social = seis.
 5. Bioquímico = quatorze.
 6. Nutricionista = três.
 7. Fonoaudióloga = cinco.
 8. Terapeuta Ocupacional = uma.
 9. Psicólogo = onze.
 10. Fisioterapeuta = cinco.
 11. Médico Veterinário = três.
 12. Engenheiro de Segurança e Trabalho = um.

Foram citados aqui apenas os enfermeiros que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde, porém, o município ainda conta com uma enfermeira servidora do Estado - que atua no Programa de Hanseníase e Tuberculose – e com doze enfermeiros que atuam em Programa de Saúde da Família (PSF). Embora eles estejam subordinados à Secretaria Municipal de Saúde, a contratação dos mesmos se dá via Consórcio Municipal de Saúde, que é terceirizado. Este tema será abordado mais adiante, durante a análise das entrevistas.

Foram definidos neste estudo, como sujeitos da pesquisa, a Coordenadora de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (a partir de 2007 o cargo de Coordenadora de Enfermagem passou a receber a designação de Coordenação dos Programas de Saúde), o Secretário de Saúde, a Secretária-adjunta e quinze enfermeiras com dois anos ou mais de serviço.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março, abril e maio de 2007. Utilizou-se para esta coleta de dados a aplicação de um questionário (ANEXO-2) para os vinte enfermeiros e a realização de entrevista semi-estruturada (ANEXO-3) com o Secretário de Saúde, Secretária-Adjunta e Coordenadora dos Programas de Saúde.

O Secretário de Saúde que está no cargo há onze meses é médico, com especialização em otorrinolaringologia (concluído em 1973). Anteriormente, já atuou como Diretor clínico, exerceu atividades de administração hospitalar e chefia de serviço.

A Secretária-adjunta que está no cargo há um ano e seis meses e é graduada em Letras, com especialização em Saúde Pública (concluído em 1992) e Políticas Públicas e Movimentos Sociais, (concluído em 2005), está iniciando mestrado em Saúde Coletiva. Anteriormente desenvolveu funções como: Assessora Técnica de Secretarias Municipais de Saúde, Assessora e Coordenadora de núcleos de PSF de Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadora de Planejamento – Regional de Saúde e Secretária Municipal de Saúde em dois municípios mineiros.

A Coordenadora dos Programas de Saúde está no cargo há dois anos e o tempo de serviço como servidora pública é de onze anos. É graduada em Enfermagem (concluído em 1985) e Fisioterapia (concluído em 2004), com especialização em Saúde Pública (concluído em 1988) e Intervenção Precoce em Neuropediatria (concluído em 2005). Anteriormente desenvolveu funções como: Enfermeira assistencial em alojamento conjunto, enfermeira responsável por berçário da creche, enfermeira assistencial em pronto-atendimento municipal, enfermeira do programa materno-infantil, enfermeira auditora e coordenadora de enfermagem.

2.1 A visão de Educação Continuada dos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde

A princípio contatamos vinte enfermeiros e aplicamos os questionários a todos, porém daqueles que foram respondidos, obtivemos a devolução de quinze.

Quanto à especificação de gênero todas são do sexo feminino, portanto daqui em diante passo a utilizar a designação “enfermeira”.

A faixa etária das enfermeiras compreende de vinte e nove a quarenta e nove anos, como mostra a tabela 1:

Tabela 1: Distribuição das enfermeiras segundo faixa etária

Faixa etária (anos)	n
< 30	1
30 a 39	7
40 a 49	7

As faixas etárias que abrangem maior número de enfermeiras estão entre trinta e trinta e nove anos e entre quarenta e quarenta e nove anos. Podemos considerar que elas têm uma relativa experiência e maturidade profissional.

O tempo de serviço das enfermeiras na Secretaria Municipal de Saúde (Tabela 2) do referido município, compreende o mínimo de dois anos - que foi um dos critérios de inclusão adotados neste estudo – até o máximo de quinze anos.

Tabela 2: Tempo de serviço das enfermeiras

Tempo de serviço (anos)	n
2 a 5 anos	3
6 a 10 anos	11
11 a 15 anos	1

Se pensarmos que o maior número de enfermeiras tem entre seis e dez anos de serviço, isto pode ser um ponto muito positivo quando se fala de experiência profissional.

Apenas uma enfermeira cursou mais de uma graduação (enfermagem e fisioterapia), já o término da graduação em enfermagem compreende o período de 1970 a 1999, segundo Tabela 3:

Tabela 3: Número de enfermeiras graduadas

Graduação em Enfermagem	n
Entre 1970 e 1979	1
Entre 1980 e 1989	6
Entre 1990 e 1999	8

O tempo de formação da maioria delas compreende de oito a dezessete anos. Mais adiante veremos que há um grande número de atividades de E.C. realizadas a partir do ano 2000. Talvez, isto se justifique em parte também, pelo período de formação da maioria que foi na década de noventa.

Somente duas enfermeiras não cursaram pós-graduação, oito delas cursaram uma especialização e cinco duas especializações (Tabela 4).

Tabela 4: Enfermeiras com pós-graduação

Especialização	n
Uma	8
Duas	5
Nenhuma	2

As respectivas áreas dos cursos de especialização com o ano de finalização estão distribuídas conforme a Tabela 5.

Somente uma enfermeira cursa mestrado na área de enfermagem regularmente matriculada, com término previsto para 2008 e três enfermeiras cursaram/cursam disciplinas como alunas especiais.

Das quinze entrevistadas somente duas enfermeiras não fizeram nenhuma especialização; isto demonstra que as demais entrevistadas procuram se capacitar, podendo ser pela necessidade do serviço que o próprio mercado de trabalho impõe, como também por vontade própria, em busca do conhecimento ao longo da vida. Nota-se também uma diversidade de áreas relativas à especialização, não se limitando apenas a cursos correlatos com sua área, como por exemplo, a Saúde Pública.

Pensando na questão da aquisição do conhecimento, McLaren diz que o conhecimento adquirido em qualquer lugar “nunca é neutro ou objetivo, mas é ordenado e estruturado de maneiras particulares; suas ênfases e exclusões partilham uma lógica silenciosa” (McLAREN,

1997, P.202).

Tabela 5: Distribuição das enfermeiras segundo áreas de especialização

Especialização - Área	Término
Administração dos Serviços de Saúde	2000
Administração dos Serviços de Saúde	Não respondeu
Enfermagem Obstétrica	2001
Enfermagem Obstétrica	2001
Enfermagem do Trabalho	1995
Auditoria em Sistema de Saúde	2005
Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem - FIOCRUZ	2002
Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem – FIOCRUZ	2004
Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem - FIOCRUZ	2005
Educação em Saúde	2004
Acupuntura	2005
Saúde Pública	1980
Saúde Pública	1992
Saúde Pública	2000
Saúde Pública	2000
Terapia Intensiva	2006
Vigilância Sanitária e Epidemiológica	2000
Epidemiologia em Serviços de Saúde	2004

Não obtivemos nenhum relato da realização de Licenciatura em Enfermagem e sentimos falta de uma maior inserção na área educacional, na medida em que todas atuaram e/ou atuam como professoras e docentes.

A experiência profissional das enfermeiras desde que concluíram a graduação em enfermagem até ingressar na SMS é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das enfermeiras segundo experiência profissional

Experiência Profissional	n
Enfermeira da área hospitalar	15
Professora em curso de auxiliar e técnico de enfermagem e em escolas estaduais	15
Docente em Universidade	6
Enfermeira do Programa de Saúde da Família	2
Enfermeira responsável por clínicas e ambulatório	5
Coordenação de curso	3
Asilo	1
Servidora do Estado (centro de saúde)	1

Todas as entrevistadas apresentaram experiência profissional anterior na área hospitalar, isto pode ser justificado porque o serviço público depende de concurso e nem sempre o recém-formado tem a oportunidade imediata de realizá-lo. Assim, o profissional atua em outras áreas a espera da realização de um concurso público. Várias entrevistadas também tiveram experiência profissional como professora seja em nível fundamental, técnico ou superior.

Percebemos que as enfermeiras atuam ou atuaram como professoras em curso técnico e/ou auxiliar e como docentes, demonstrando assim um interesse pela área acadêmica. Questionamos então a formação desta profissional na área educacional, se apenas quatro fizeram especialização voltada para a educação e não houve nenhum relato de realização de Licenciatura em Enfermagem. Por que não há interesse? Quantos cursos de Licenciatura em Enfermagem há no país?

A formação do enfermeiro para a docência é enfatizado, valorizado nos cursos de enfermagem? Qual a valorização que há em relação à educação, a ação do profissional da área de saúde como um educador? Entre outras questões.

As atividades profissionais que as enfermeiras exerceram e/ou exercem são apresentadas na Tabelas 7. Na Tabela 8 apresentamos as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 7: Atividades profissionais das enfermeiras

Atividades	n
Enfermeira assistencial	10
Supervisão hospitalar	9
Professora em curso de auxiliar de enfermagem	8
Professora em curso técnico de enfermagem e ensino médio	10
Docente em educação superior	6
Palestras (escolas, empresas, estabelecimentos comerciais, dentre outros)	6
Ministrar cursos/ Treinamento de funcionários	4
Educação continuada	4
Coordenação de curso de auxiliar de enfermagem	3
Supervisão de estágio	3
Atividades diversas (relatório, planilhas mensais, elaboração de portaria, de manuais, normas e rotinas, recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de pessoal, dimensionamento de pessoal, dentre outras)	3
Gestão	2
Curso para atendentes de enfermagem (Projeto Rondon)	1
Organização de evento	1

Coordenação de CCIH	1
Auditoria	1
Responsável Técnica	1
Coordenação em Programa de saúde indígena	1
Implantação de hospital	1

Tabela 8: Atividades atuais desenvolvidas por enfermeiras na Secretaria Municipal de Saúde

Atividades desenvolvidas na Secretaria Municipal de Saúde do Município	n
Supervisão e coordenação de enfermagem em UBS	9
Supervisão de serviço de pronto-atendimento	6
Enfermeira responsável por um Programa de Saúde	5
Organização e participação em campanhas	5
Supervisão hospitalar	3
Enfermeira auditora (auditoria ambulatorial)	2
Chefia da policlínica central	2
Fiscal de Vigilância Sanitária	2
Educação em serviço	2
Enfermeira assistencial	2
Diversos (acolhimento de clientes, encaminhamentos, agendamentos de procedimentos, controle de anátomo-patológico e consultoria em curativo)	2
Coordenação do núcleo de especialidades	1
Supervisão/coordenação de equipe em PSF	1
Estruturação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	1
Coordenação do serviço de vigilância epidemiológica	1

Nas atividades profissionais quatro enfermeiras disseram que exerceram atividades de E.C., porém, não especificaram se seria de coordenação ou outras. Dentre as atividades exercidas na Secretaria Municipal de Saúde, duas delas utilizaram o termo Educação em Serviço, mas também não descreveram a atividade.

Diante do uso do termo educação em serviço encontrado nas análises dos questionários, muito embora aparecessem em pequeno número, não há como deixar de nos reportar a Kurcgant (1993), estudiosa do assunto, que afirma que o termo educação em serviço já em desuso, não prioriza o sujeito e sim a capacitação no serviço, deixando de abranger o indivíduo como pessoa e profissional.

A segunda parte do questionário aborda questões diretamente relacionadas à Educação Continuada das enfermeiras integrantes deste estudo, desde que ingressaram como servidor público na Secretaria Municipal de Saúde de um município mineiro.

As enfermeiras foram orientadas que as perguntas de números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 e 11 deveriam ser respondidas de acordo com cada atividade realizada, ou seja, para cada atividade de E.C. realizada eles teriam que responder nove questões. Porém, nem todas as atividades de E.C. por elas realizadas tiveram todas as questões respondidas, algumas atividades somente têm uma parte das questões respondidas. Portanto, a análise dos dados compreendeu somente o que foi respondido pelas enfermeiras deixando assim algumas lacunas em determinadas questões. A justificativa delas é de que não se lembram.

Já as questões de número 8 e 9 deveriam ser respondidas apenas uma vez.

Na primeira questão caracterizaram-se as atividades de E.C. que foram desenvolvidas pelas enfermeiras e ficaram distribuídas conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9: Distribuição das atividades de E.C. desenvolvidas pelas enfermeiras

Atividades desenvolvidas	n
Jornadas, Seminários, Congressos, Palestras, Oficinas, Fórum, Encontro, Semana, Simpósio e Reunião (1-3 dias)	83
Curso (2-150h)	49
Treinamento	28
Capacitação	6
Mutirão	5
Atualização	5
Olimpíadas colegiais	1
Programa SEBRAE	1
Pólo Educativo	1
TOTAL	179

Nas atividades de E.C. desenvolvidas chama a atenção o grande número de atividades referentes a curso, treinamento e atividades diversas como jornadas, seminários, congressos, palestras, oficinas, fórum, dentre outras, sendo que a maioria delas é de curta duração, compreendendo de 5-8h.

Um primeiro objetivo a ser alcançado neste contexto analisado é formalizar mais explicitamente os espaços de E.C. de tal maneira que haja uma organização, prevendo as demandas, as necessidades dos profissionais, ao mesmo tempo cotejando essas atividades com as possibilidades da SMS.

Diante dessa diversidade de atividades podemos questionar como os sujeitos podem incorporar os conhecimentos adquiridos para o seu dia-a-dia?

Questionamento relevante para aprofundar as discussões sobre a contribuição da Educação Continuada na prática profissional, mas que foge do escopo de nossa pesquisa.

No entanto, entendemos que quando o profissional participa de qualquer atividade de E.C., contribui de alguma maneira para que o conhecimento adquirido seja incorporado quase que imediatamente no seu cotidiano, pois deixar a unidade, ir a outro espaço, dialogar com outras pessoas e conhecer outra realidade, movimentam o olhar, permitindo visualizar outras possibilidades e outros contextos. Assim, concluímos que as parcerias para a realização de atividades de E.C. são fundamentais para o crescimento profissional.

A segunda questão faz referência ao período em que estas atividades foram realizadas, tendo início em 1994 e término em 2007; com a finalidade de agrupar os resultados, a divisão envolveu dois períodos:

- De 1994-2000 com 26 atividades.
- De 2001-2007 com 149 atividades.

Neste segundo período (a partir de 2001) há um grande aumento no número de atividades de E.C. realizadas pelas enfermeiras. Para justificar este aumento levantamos algumas suposições, como o tempo de serviço com maior número de servidoras (onze) tendo entre seis a dez anos, o tempo de formação da maioria, que foi de 1999 em diante e a demanda espontânea na busca por conhecimento. Como essas atividades são realizadas num local em que não há um setor estruturado de E.C., é interessante notar que mesmo assim elas acontecem. E, também, poderíamos afirmar que há uma busca e/ou oferecimento de atividades de Educação Continuada.

Para a duração das atividades, após a coleta e análise dos dados foram estabelecidos intervalos de tempo em horas, dias e ano, conforme demonstrado abaixo, com exceção do período de um ano em que foi apresentada apenas uma atividade dentre todas as analisadas (Tabelas 10 e 11).

O grande número de atividades de E.C. concentra-se no período de 5-8h. Assim, entendemos que estas atividades podem acontecer em um único dia abrangendo 8h ou ser diluída em pequenos períodos por dia. De maneira geral as atividades de E.C. se caracterizam por “breves” inserções em determinadas temáticas.

Tabela 10: Distribuição das atividades de Educação Continuada em horas

Horas	n
1-4	19
5-8	49
9-12	04
13-16	18
17-20	17
21-24	08
25-30	03
31-50	08
51-75	03
76-100	00
101-125	01
126-150	01

Tabela 11: Distribuição das atividades de Educação Continuada em dias

Dias	n
2	8
3	7
4	3
5	1

Na maioria das vezes há a liberação do ponto para a realização destas atividades, o que podemos considerar como ponto positivo referente aos gestores, projetando uma maior interação entre servidores e gestores. Mais adiante estabeleceremos esta relação entre a fala das enfermeiras e dos gestores sobre a questão da liberação do ponto.

A quarta pergunta refere-se a quem ofereceu tais atividades. As respostas obtidas estão na Tabela 12.

Percebemos que há oferecimento de número considerável de atividades de E.C. pela SMS, seguida da Secretaria do Estado, talvez pela própria necessidade do serviço e também porque os programas de saúde estão vinculados à Secretaria Estadual e Ministério da Saúde, portanto a responsabilização da formação recai sobre o estado e município. Há um interesse e preocupação do município em convocar os funcionários para realizar as capacitações e treinamentos dos protocolos.

Interessante seria buscar uma maior parceria com as instituições de educação e de saúde no oferecimento das atividades de E.C.

Tabela 12: Distribuição das Instituições que ofereceram as atividades de Educação Continuada

Instituições que ofereceram as atividades de Educação Continuada	n
Secretaria Municipal de Saúde	59
Secretaria de Estado da Saúde	20
Escolas, Universidades, Faculdades e Fundação	19
Hospitais	18
Associações	13
Sociedades Brasileiras	12
Empresas	11
Enfermeira/ gerente de vigilância sanitária/ representantes do SUS e Liga de enfermagem	9
COREn – MG	6
Diretoria e Gerência Regional de Saúde	7
Prefeitura	4
SEBRAE/SENAC	4
Sociedade Mineira/ Paulista	3
Ministério da Saúde/ do Esporte e Turismo	3

As atividades foram desenvolvidas de diferentes maneiras. Das questões respondidas obteve-se o resultado apresentado na Tabela 13.

Tabela 13: Distribuição das atividades de Educação Continuada de acordo com a forma como foram desenvolvidas

Forma como as atividades de Educação Continuada foram desenvolvidas	n
Aulas teóricas e/ou práticas	59
Palestras, mesa redonda, oficinas, seminário, conferência, estratégias diversificadas e atuais	36
Discussões e dinâmicas de grupo	11
Debates, questionamento, relato de experiência	9
Estudo e discussão de casos/busca e detecção de casos	6
Organização de evento	5
Trabalhos em grupo/ apresentação de trabalho	4
Exame clínico	4
Apresentação de planejamento estratégico/ de pôster/ exposição e demonstração de produtos e alimentos	4
Interação entre palestrantes e ouvintes	4
Aplicação de técnicas de atendimento e de motivação	3

Quando notamos a predominância de aulas teóricas e práticas envolvendo as atividades de E.C., logo nos lembramos de Freire (1996) que criticava a “educação bancária”, em que o ensino

é verticalizado. Neste sentido o aluno pode ser considerado como ser passivo, um depositário de informações. Não há interação entre os sujeitos. Então, como formar o sujeito com uma visão crítica da realidade, se neste contexto o professor é visto como um detentor do conhecimento?

Reportando-nos ao pensamento de McLaren (1997, p.192) quando diz que “os professores devem entender o papel que a escolarização representa ao unir conhecimento e poder, para usar este papel no desenvolvimento de cidadãos críticos e ativos”, entendemos que estas atividades poderiam se valer da pedagogia da problematização, contextualizando as ações de saúde e contribuindo assim para um aprendizado crítico, detentor de conceitos de poder, política e história.

Giroux (1999) traz uma reflexão para se repensar atividades educativas que visam apenas transmitir informações; “devemos nos preocupar com a maneira pela qual os alunos realmente constroem o significado, quais são as categorias do significado e que ideologias os estudantes trazem para seus encontros conosco” (GIROUX, 1999, p.180).

No processo educativo, não existem sujeitos que sabem e outros que não sabem, mas sim pessoas que sabem coisas diferentes.

Quando educador e educando se encontram existe uma troca de cultura e informações, ambos pertencem a diferentes realidades. A educação é um processo de transformação do sujeito que se educa. Ensinar não é meramente transmitir conhecimentos, mas criar mecanismos para a produção e construção de conhecimentos. Considerando que o ser humano é um ser inacabado e por isso se educa, a prática educativa é um processo de conhecimento sempre (FREIRE, 1996).

De todas as atividades relatadas e analisadas cinquenta e quatro delas foram por convocação (exigência do serviço) financiada com recursos da própria Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Estado e também com recursos de âmbito federal como Ministério da Saúde. Estes recursos têm a finalidade de custear as despesas com transporte, hospedagem, alimentação, inscrição e demais despesas necessárias para a realização dos cursos, “treinamentos” ou outras atividades necessárias para o serviço.

Das oitenta e nove atividades realizadas de caráter voluntário, setenta delas foram classificadas apenas como participação voluntária, seis como participação voluntária com recursos próprios, cinco como participação voluntária custeada pelo município, cinco como participação voluntária em eventos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, dois como participação voluntária por necessidade do serviço e com recursos próprios e uma como

participação voluntária por necessidade do serviço a convite da empresa.

Houve relato de uma participação como palestrante e uma como co-organizadora.

Percebemos que há um predomínio de caráter voluntário para a participação em atividades de E.C, em detrimento da outra forma por convocação, em uma proporção de 89/54. Cabe aqui um questionamento: Como estas atividades estão contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência?

Vale lembrar que a política neoliberal, concentra a responsabilidade de formação no sujeito, responsabilidade esta que seria do estado.

As atividades de E.C. que não são por convocação, mas sim voluntárias e que não tenham relação direta com a atividade profissional do funcionário, não tem recursos financeiros pela Secretaria Municipal de Saúde. Os gestores colaboram com essa participação liberando o ponto do funcionário, é um acordo e não uma regra, pois como evidenciamos nas entrevistas os gestores dizem que não há nenhum interesse em prejudicar o funcionário para participar destas atividades (E3).

Nas políticas locais poderiam ser estipulados critérios de liberação do ponto dos funcionários para participarem de atividades de E.C., de maneira que todos os profissionais de saúde fossem contemplados.

A sétima questão sobre a relação entre a atividade realizada e sua atividade profissional, houve necessidade de agrupar em categorias com a finalidade de quantificar os dados analisados, pois estavam muito abrangentes, conforme apontado na Tabela 14.

Algumas categorias como “educação”, “houve relação”, foram utilizadas conforme citado pelas enfermeiras nos questionários e que não tiveram maiores explicações.

Na relação entre atividade de E.C. desenvolvida e atividade profissional, estão entre os mais citados a ampliação, aquisição de conhecimentos e/ou práticas; atualização e adequação aos tratamentos disponíveis no serviço e dados referentes à vigilância epidemiológica.

De acordo com as falas das enfermeiras, há uma relação significativa entre as atividades de E.C. realizadas (cerca de 90%) com as atividades que desenvolvem no serviço, evidenciando relação entre teoria e prática.

Também há uma pequena parcela (cerca de 10%) das atividades de E.C. realizadas que foram consideradas como tendo pouca ou nenhuma relação com a atividade profissional.

Neste aspecto os teóricos da educação crítica “salientam que qualquer prática pedagógica

verdadeira exige um compromisso com a transformação social, em solidariedade com grupos subordinados e marginalizados” (McLaren, 1997, p.194). Precisamos saber como essas práticas pedagógicas são abordadas e contextualizadas porque o problema pode ser uma via de mão dupla, tanto na maneira como as práticas são recebidas pelas enfermeiras, quanto como são oferecidas.

Tabela 14: Relação das atividades de Educação Continuada com as atividades práticas profissionais

Relação entre atividade de E.C. com as atividades profissionais	n
Conhecimento e/ou práticas (aquisição, ampliação, aprimoramento)	33
Atualização e adequação (tratamentos disponíveis no serviço)	27
Vigilância Epidemiológica (atualização de dados, registros e outros relativos a incidência e diagnóstico de doenças)	16
Orientação (clientes e funcionários)	13
Não tem muita relação, interessante mas sem aplicação na prática, evento cansativo, sem relevância, não acrescentou nenhuma informação e muito específico para médico	13
Houve relação	8
Auxílio (montagem de relatórios, ofícios e pareceres; detecção de casos; fiscalizar estabelecimentos de saúde)	7
Aplicação de protocolos	6
Educação	3
Aprendizagem	2
Relacionamento com o outro	2
Não lembro	1

Se o conhecimento é apresentado para o sujeito como uma coisa pronta e acabada, verticalizada como já citamos acima, então, como Freire (1983) dizia que quando se educa para arquivar o que se deposita perde-se o poder de criação. Assim, uma pergunta pertinente seria qual o compromisso deste sujeito com as mudanças, com o transformar esse conhecimento na sua prática, no seu cotidiano, se o “palestrante” ou o “expert” em determinado assunto não atua junto aos sujeitos, oportunizando, problematizando, partindo de suas realidades?

Quando perguntado se existem incentivos por parte da Direção do serviço em estimular a participação dos enfermeiros nas atividades de E.C., seis enfermeiras responderam que sim e nove responderam que não. Tanto quem respondeu sim quanto quem respondeu não, colocou algumas observações para justificar o incentivo. Para aquelas que responderam sim as justificativas para incentivo a participação nas atividades de E.C. são as seguintes:

- Quando os cursos são em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde ou oferecidos pela

Instituição.

- Quando é por exigência do serviço.
- Incentivo pela coordenação de enfermagem na participação de atividades.
- O Setor de Educação em Saúde foi criado há três meses com este objetivo.
- Há interesse por parte da Secretaria Municipal de Saúde em manter um quadro de servidores qualificados para o desempenho de suas funções, satisfazendo o profissional e a Secretaria.

Já para aquelas que responderam não as justificativas são as mais diversas, tais como:

- Quando são cursos fora do município e que não tenha relação com a Secretaria.
- Poderia dar mais incentivo.
- Pouco ou quase nada.
- Não existe incentivo direto que estimule participação em atividades educativas (a participação parte da iniciativa própria).
- Na maioria das administrações não há incentivo.
- Para a liberação quando não há incentivo, deve ser negociado com a chefia.
- Não existe nenhum programa na Prefeitura voltado para saúde e Educação Continuada.

A questão de número nove trata das dificuldades encontradas pelas enfermeiras em participar e/ou realizar atividades de E.C. Na Tabela 15 estão listadas as dificuldades encontradas e o número de enfermeiras que diagnosticaram tal/tais dificuldades:

Tabela 15: Distribuição das dificuldades encontradas pelas enfermeiras para a realização das atividades de Educação Continuada.

Dificuldades	n
Dispensa do trabalho/ não ser realizada em horário de trabalho/ carga horária acentuada de trabalho	7
Financeira	6
Falta de comunicação/de oportunidade/ de incentivo/ de pessoal/ de estímulo	5
Espaço físico/ equipamentos/ recursos didáticos	4
Recursos (difícil liberação)	4
Transporte, hospedagem, diárias/ locais distantes para a realização das atividades de E.C.	3
Gestor (não vê a importância da E.C.)	2
Falta de comprometimento dos servidores/ dificuldade de compartilhar conhecimento	2
Disponibilidade	1

Como dificuldades para a realização destas atividades, três aspectos foram mais citados:

- Dispensa do trabalho, a atividade não encaixar em horário de serviço e a carga horária acentuada de trabalho;
- Questão financeira;
- Falta de oportunidade, de incentivo, de estímulo, de comunicação e/ou de pessoal.

O aspecto financeiro é um fator importante, pois ao mesmo tempo em que o mercado exige uma constante atualização, as políticas públicas não viabilizam para que as mudanças ocorram de fato.

Acredito que exista esta contradição de uma política mais global que propõe a E.C., mas que nem sempre a viabiliza. Mesmo sendo necessária a dispensa do trabalhador em saúde, esta é entendida como um gasto dentro de uma política de “gasto mínimo” em Educação Continuada.

No decorrer desta pesquisa analisamos diversos estudos sobre esta temática e encontramos pontos em comuns quando falamos de dificuldades para a realização das atividades de E.C., como por exemplo, uma política que propõe E.C., mas nem sempre a viabiliza; dificuldade de obter apoio financeiro por parte da Instituição para realização das atividades; não comprometimento dos funcionários; carga horária acentuada de trabalho e falta de comunicação.

A próxima questão sobre como as atividades de E.C. foram avaliadas, obteve o resultado apresentado na Tabela 16.

Tabela 16: Forma de avaliação das atividades de Educação Continuada

Forma de avaliação das atividades de Educação Continuada	n
Não houve/ não lembro	17
Avaliação escrita	10
Avaliação oral	3
Compartilhamento de informações	3
Avaliação prática	1
Auto-avaliação	1

Quanto às formas de avaliação das atividades realizadas, algumas não lembram ter havido e outras afirmam que não houve. Para aquelas que se lembraram e responderam, a avaliação

escrita situa-se em primeiro lugar.

Para teóricos como Freire, Giroux, McLaren, esta forma de avaliação como única estratégia, ainda retrata a escolarização verticalizada, educação como reprodução do saber e não como produção e transmissão cultural. O fato de não se lembrarem de ter havido avaliação ou se realmente não houve, causa estranheza quanto à finalidade da atividade.

Acreditamos ser de extrema importância a avaliação nas atividades de E.C. podendo assim, contribuir para rever os rumos da E.C., “no sentido de melhor atender à legítima e digna formação humana” (FERREIRA, 2003, p.19).

Na última pergunta sobre quais os impactos destas atividades nos serviços de saúde, obteve-se uma mescla de respostas desde humanização até o fato de não haver ocorrido impacto. Conforme Tabela 17.

Tabela 17: Impacto das atividades realizadas nos serviços de saúde

Impactos das atividades realizadas nos serviços de saúde	n
Ampliar conhecimentos na área de Saúde Pública	18
Humanização (maior interação cliente/profissional e qualidade da assistência)	9
Não houve/ não houve mudança no relacionamento e integração entre as equipes e demais setores e com o usuário	9
Melhora no relacionamento interpessoal (colegas, equipe profissional, cliente)	6
Positivo/ melhora no serviço/ melhor atendimento	4
Promoção ao aleitamento materno	4
Implantação de protocolos/ de comitê e de centro de referência	3
Maior interação entre os serviços (trabalhar em parceria)/ maior contato com unidades de outros municípios	2
Novos conhecimentos e pouco reconhecimento/ melhorar a capacitação dos funcionários/ falta de recursos humanos e materiais	2
Lidar com questões éticas	1
Motivação da equipe	1

Ampliar conhecimentos na área de saúde pública figura entre os aspectos mais citados para o impacto das atividades realizadas nos serviços de saúde, seguido da humanização.

Consideramos que a aquisição de conhecimentos é fundamental para a atuação profissional, devido “a crescente incorporação de ciência e tecnologia aos processos produtivos e sociais” (FERREIRA, 2003).

Assim, o profissional está em constante processo de aprendizagem, mas como já citamos, não basta apenas a atualização técnico-científica. Percebemos que há mesmo que parcialmente

referência sobre a humanização, relações inter-pessoais, ética, que constituem fatores necessários para uma E.C. direcionada também para a formação humana. Essa interação entre os usuários e os profissionais de saúde, traz impactos positivos para a área da saúde, permitindo uma melhor qualidade da assistência e do atendimento.

Apropriando-nos do pensamento de Giroux (1999) e reportando a Freire (1983), quando falamos de Educação Continuada dos trabalhadores em saúde, sujeitos desta pesquisa, outro aspecto que mereceria atenção seria a maneira pela qual eles constroem os significados e as ideologias que trazem para seus encontros. São sujeitos de diferentes realidades com ideologias diversas e esta troca de saberes enriquece o seu cotidiano, auxiliando na sua inserção social, cultural e política.

A E.C. trafega entre duas possibilidades de ser um espaço de reprodução de conhecimentos e um espaço de autonomia do cidadão, de formação do trabalhador, sendo que as fronteiras de uma perspectiva e de outra são muito tênues.

McLaren (1997, p.192) afirma que “uma grande tarefa da pedagogia crítica tem sido descobrir e desafiar o papel que as escolas representam em nossa vida política e cultural”. No mundo do trabalho estes locais abrigam ampla diversidade ideológica, social e política. São locais de transmissão cultural compreendendo um lugar de lutas e embates políticos e ideológicos.

Concordamos com Freire (1993) quando diz que uma prática educativa nunca é neutra, descomprometida e apolítica e que o ser humano jamais para de educar-se. Reconhecer sua politicidade implica na luta por uma postura ético-democrática, respeito aos sonhos e por isso, na área da saúde precisamos respeitar os sonhos, as crenças, as ideologias dos sujeitos que convivem com enfermidades.

2.2 A visão de Educação Continuada dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde

As entrevistas⁴ com os gestores trouxeram uma contribuição significativa para esta

⁴ O roteiro da entrevista semi-estruturada (ANEXO 3) realizada com os gestores em saúde da SMS contém onze questões.

pesquisa. Elas permitiram traçar algumas co-relações entre a visão dos gestores com a visão que as enfermeiras têm da E.C.

Inicialmente acreditamos ser importante situar a mudança que está sendo implementada no município, referente à conversão das Unidades Básicas de Saúde em Unidades Básicas de Saúde da Família. As falas contribuem para compreender este processo:

“Como nós ainda temos os dois modelos, nós temos o programa de saúde da família e a UBS antiga, no modelo antigo, a gente funciona com os dois modelos, mas a UBS e a UBSF que é a unidade básica de saúde da família são a porta de entrada. O bairro que tem a UBS que foi transformada, ela só tem UBSF unidade de saúde da família. Em outros bairros que a gente ainda não chegou para implantar em algumas regiões, funciona a UBS no modelo antigo. Então essa UBS não tem o agente comunitário, não tem o médico o dia inteiro, não tem enfermeiro, nem todos os programas funcionando devidamente, mas a gente vai chegar lá” (E1).

“Nós fizemos uma mudança na política de saúde que hoje é calcada basicamente em cima da atenção primária e com ênfase na prevenção através do programa de saúde da família. Nós temos doze equipes de saúde da família, cada equipe saúde família cuida de mais ou menos quatro mil pessoas e setecentos e cinquenta domicílios [...]. Nós temos um projeto de formar mais duas equipes e vamos chegar até trinta e duas, trinta e cinco equipes no final do ano que vem, onde a gente vai cobrir praticamente quase que noventa, noventa e cinco por cento de toda população, isso em nível primário” (E3).

“É hoje nós temos ainda dez unidades básicas de saúde, além dos outros PSF, elas vão sendo transformadas em PSF progressivamente” (E3).

“Todos os nossos programas de saúde como hipertensão, diabetes, AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, obeso, programa da mulher, programa da criança, devem ser levados e descentralizados para a periferia através do PSF. Vacinação, teste do pezinho, fisioterapia, toda essa rede de programas devem ser descentralizados, aí isso tudo vai ser feito, a porta de entrada que nós chamamos lá nos núcleos, lá no PSF” (E3).

Percebemos uma preocupação em concentrar esforços na Atenção Básica, direcionando as

ações para o PSF, considerado atualmente o “carro-chefe” do governo e tido pelo MS como a principal estratégia de estruturação da Atenção Primária. Esta estratégia foi adotada por diversos municípios brasileiros, fundamentando-se na “promoção da qualidade de vida através de práticas de saúde centradas na família e na comunidade, gerando um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equitativo, democrático, participativo e humanizado” (CARDOSO, MURAD e BOF, 2005, p.430).

Porém, para que estas características sejam contempladas é fundamental rever as políticas públicas, buscando consolidar um programa de E.C. que contribua para a construção do conhecimento dos sujeitos, partindo das necessidades educacionais dos profissionais, contextualizando e problematizando suas práticas.

Como o PSF propõe uma equipe multiprofissional, visualizamos a oportunidade de um trabalho em equipe, constando de interação e diálogo entre os profissionais de saúde e destes com os sujeitos por ele atendidos, suas famílias e comunidade.

É interessante perceber como na prática os termos AB e APS se misturam (fala E3). Na introdução, contextualizamos o surgimento destes dois termos e trouxemos também os motivos que levaram a necessitar desta distinção, embora sejam tidos como sinônimos. Atualmente o próprio MS vem contemplando a utilização do termo APS reconhecido internacionalmente, na medida em que o utiliza para alguns documentos oficiais.

Mas como toda mudança pode ser geradora de resistência e conflitos, selecionamos algumas falas que ilustram esta afirmativa:

“É, tem bairro que não tem nada, então se ali for uma região tal, tem o PSF, nessa situação a população está aceitando. A população está tendo mais dificuldade em entender e aceitar aonde, por exemplo, nesse bairro aqui já tem uma unidade básica, essa unidade básica passar a atuar como PSF. Eles estão tendo muita dificuldade em entender que o PSF vai ter um enfermeiro, um médico, os auxiliares, os agentes comunitários, oito horas dia e que eles vão ter o atendimento do ginecologista, do pediatra, seja de qual especialidade for, mas que o médico dele ali é aquele médico primeiro do PSF. Eles acham que a gente vai arrancar tudo, então assim, e aí depende muito, aqui é muito complicado porque daí entra as coisas políticas no meio. A política que eu falo, o poder de vereador aqui é muito grande” E2.

“Todos os programas de saúde redimensionaram suas ações, voltadas para atenção

básica e nós temos capacitação continuada de todos os programas com o objetivo de levar qualidade para o nível da ponta, no caso o programa de saúde da família e de fazer acontecer os programas de saúde. Agora pelo programa de saúde da família a gente tem o cadastro lá na ponta, ele participa de reuniões de orientação e aí nós colocamos equipe multidisciplinar, que dá orientação desde a nutrição até a médica, e a da enfermagem e ele pega o medicamento lá na ponta. A gente descentralizou” E1.

“Hoje os núcleos de especialidade funcionam sem demanda aberta, é só agendado pela central de marcação de consulta, que foi outra proposta que nós implantamos. A central de marcação de consulta hoje é da unidade para a central, já recebe hora e dia marcado”⁵ E1.

“A questão do PSF, um compromisso que nós temos que atingir, as metas, então a gente tem que mudar algumas formas de pensar, não só de profissional, como da população, mostrar a importância do PSF” E2.

As mudanças implantadas encontram resistência por parte da população (E2), que descrevem como dificuldade a consulta com especialistas, pois necessita de encaminhamento do médico de seu bairro (do PSF), deixando este atendimento de ser porta aberta (E1).

Existe no PSF uma composição diferenciada dos profissionais de saúde e da inserção (tempo) dos profissionais no serviço.

A influência política relatada acima na fala de E2 pode interferir gerando dificuldades ou vantagens, dependendo de como as políticas públicas chegam até as práticas sociais, visto que é um local permeado por diversidade cultural, política, social capaz de gerar lutas e conflitos. Há que se atentar para a questão da ideologia dominante⁶ e ter o cuidado quando as políticas públicas retratam esta ideologia. Movimentar o olhar para as classes menos favorecidas, respeitando e problematizando suas crenças e ideologias, transformando num local propício para o diálogo, com vistas à transformação social.

⁵ Para a consulta com os especialistas, o procedimento parte da unidade básica na qual o usuário está cadastrado (bairro onde reside) mediante encaminhamento do médico de sua unidade. A própria unidade agenda a consulta na central de marcação.

⁶ “Sistema de idéias, de representações que domina o espírito de um homem ou de um grupo social” (ALTHUSSER 1985, p.81).

Buscando trazer uma definição de ideologia que permeia toda a vida social, nos apropriamos do pensamento de McLaren (1997, p.209) quando o autor comenta que ideologia “refere-se à produção de sentido e significado. [...] um modo de ver o mundo, um complexo de idéias, vários tipos de práticas sociais, rituais e representações que tendemos a aceitar como naturais e de senso comum. É o resultado da intersecção de significado e poder no mundo social”.

Ainda nos apoiando no pensamento de McLaren, verificamos que a ideologia pode em um dado momento apresentar funções positivas ou negativas.

Se pensarmos que o PSF teve início formalmente em 1994, mas que só começou a acontecer mesmo de fato no final da década de noventa e início de dois mil, contando com uma equipe multiprofissional, poderíamos pensar que seria um modelo ideal de assistência. E isto é evidenciado na seguinte fala:

“A estratégia de saúde da família veio para proporcionar isso, para que todos tenham na sua unidade de referência a condição de ser atendido e acolhido nos diversos programas do Ministério e para mim o papel fundamental do enfermeiro é que leva o saúde da família na verdade e a gente consegue encontrar alguns médicos com essa vocação, da área social mais assim voltada para a atenção, para conversa da visita domiciliar, de participar de um grupo, de discutir caso com a equipe, de orientar o agente comunitário de saúde, que não são todos, infelizmente. Precisa de muita educação continuada para o médico” E1.

Porém, a estratégia Saúde da Família ainda enfrenta desafios para combater o modelo fragmentado existente - de disciplinas estanques presente nas propostas de formação das escolas médicas e do campo da saúde - e se firmar como um projeto capaz de mudar o sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

Segundo Cardoso, et.al (2005) o modelo dominante de educação médica continuada, evidencia-se como ineficaz, não contribuindo para a formação de um profissional que desenvolva uma prática humanizadora, competente e resolutiva, pois:

“reproduz a abordagem das especialidades, enfoca essencialmente a atualização técnico-científica, usa uma pedagogia marcada pela transmissão vertical de conhecimentos (professor-aluno), muitas vezes fora do contexto, e não é acompanhado de uma reflexão sobre a própria prática ou de um processo de aprendizagem autodirigido e de longa

duração” (CARDOSO, et.al, 2005, p.430).

Notamos que os gestores se preocupam em focar na Atenção Primária, porém na prática o PSF passa por algumas dificuldades como percebemos no contexto acima tanto no aspecto da formação tradicional em saúde quanto da Educação Continuada, deixando lacunas na formação dos profissionais contratados pelo PSF.

Outra dificuldade presente é a precarização e terceirização na contratação dos profissionais, interferindo nas condições de trabalho, não usufruindo o funcionário dos mesmos benefícios que o servidor público possui.

Esta questão da terceirização foi constatada na fala dos três gestores:

“Mas é porque foi a forma que a Prefeitura teve de contratar, é apenas a forma contratadora só. O recurso é nosso. A responsabilidade é nossa, as orientações são nossas” E1.

“Eles são funcionários do consórcio municipal de saúde, é terceirizado” E2.

“É um programa da Secretaria de Saúde, só que nós terceirizamos a contratação dos membros do PSF através de um consórcio dos municípios. Na época era mais fácil, talvez a gente continue até fazendo esse tipo de contratação porque a Prefeitura depende de aumento de cargos e dentro da Prefeitura nós temos que passar por uma lei na câmara aumentando o número de cargos, especificamente do PSF. Então nós estamos achando mais rápido a gente fazer isso via consórcio” E3.

“Pelo plano de carreira que é global para o município, com X horas de capacitação, você tem incentivo financeiro no seu salário, mas para os enfermeiros que são efetivos, os que não são efetivos como os do PSF que são contratados, eles não ganham. Então essa é uma discussão que nós estamos fazendo agora, que nós queremos passar todos para o município, nós queremos acabar com terceirização do contrato” E1.

Pensamos que a estratégia Saúde da Família é uma forma de atingir o ideário de saúde proposto pelo Ministério da Saúde, mas em decorrência dos problemas políticos e conceituais enfrentados atualmente para se consolidar como estratégia dos sistemas municipais, apresenta fragilidades que são fruto deste processo de mudança (GIL, 2006).

Assim, consideramos imprescindível o comprometimento dos gestores propiciando as condições necessárias para a realização destas atividades. Precisamos para isto entender qual a concepção de E.C. que os gestores apresentam:

“Para mim representa a qualificação permanente dos trabalhadores do sistema de saúde, principalmente eu estou falando aqui na questão pública voltada para atualização, voltada para implementação e implantação de programas de saúde e especificamente na condição da avaliação permanente do sistema implantado” E1.

“Para mim educação continuada é tudo aquilo que você faz no seu dia-a-dia com a intenção de você se aperfeiçoar ou se manter atualizado, de estar adquirindo novos conhecimentos em relação ao seu trabalho ou alguma coisa que venha contribuir com o seu trabalho” E2.

“Educação continuada eu entendo como uma capacitação e um aperfeiçoamento continuado para melhoria de serviço de atendimento” E3.

Percebemos nos depoimentos dos gestores a utilização dos termos aperfeiçoamento, capacitação e treinamento e assim traçamos um paralelo com as definições explicitadas por Marin (1995). A capacitação fala de capacitar como tornar capaz, habilitar, forma esta compatível com a Educação Continuada. Treinamento embora seja considerado um procedimento inadequado aos processos de Educação Continuada, devido ao fato de estarmos educando pessoas e não apenas buscando finalidades meramente mecânicas, no aspecto do profissional da saúde podemos pensar em ações de Educação Continuada por incorporar significados como tornar apto, capaz de realizar tarefas ou ter habilidades, pois em determinadas situações há necessidade de adquirir destrezas ou aprendizagem de novas técnicas. Já o termo aperfeiçoamento não se encaixa com o que esta pesquisa entende como E.C., por considerarmos que não é compatível com a educação.

Notamos também que a concepção está voltada para o trabalho, com atividades de E.C. se preocupando mais com a atualização técnico-científica do que com a formação integral do ser humano, embora E3 fala da melhoria do atendimento. Assim, podemos considerar como um ponto positivo, evidenciando preocupação com a melhoria da qualidade da assistência.

Bagnato (1999), na década de noventa, demonstrava esta preocupação e ainda hoje percebemos que pouco ou quase nada avançou quanto à questão da formação integral do sujeito.

Pensando neste sujeito com uma inserção social, cultural, política e ideológica.

Um ponto imprescindível e de grande destaque é a questão da burocracia dificultando as atividades no serviço público. Esta morosidade constitui um empecilho para a realização de atividades diversas, inclusive de E.C.;

“Eu acho que na Prefeitura aqui é a questão da verba, por exemplo, você precisa de verba pra fazer alguma coisa. E aí essa questão da liberação de verba de compra de material, [...] a gente pediu para comprar um tanto, mas depois no meio do caminho a gente percebeu que ia precisar de mais, porque ficaria melhor se fosse feito. Fomos pedir você precisa ver a dor de cabeça que é para você pedir de novo. Então isso, esses trâmites, é burocrático, mesmo, às vezes complica bastante. Do mesmo jeito que às vezes o Estado chama você para uma capacitação em Belo Horizonte ou num outro lugar qualquer você às vezes tem essa verba para aquele programa, está previsto que você pode mandar que pode bancar aquilo para capacitação, que você pode bancar que vá um profissional, você pode bancar a diária dele lá, você pode bancar a viagem, às vezes, tem dificuldade na liberação pela controladoria. Às vezes eles não entendem que aquele dinheiro pode ser usado para isso. Então é meio complicado essa parte, uma dificuldade grande na verdade” E2.

“Eu dependo de certa burocracia, em serviço público a gente não pode chegar e falar vou contratar, vou comprar, vou pagar, isso não existe, tem um trâmite legal [...]. Então essa é uma dificuldade que a gente tem” E3.

Ainda podemos listar outras tantas dificuldades e desafios encontrados ou sentidos pelos gestores quando questionados sobre os desafios, limites, dificuldades para se implantar um programa de Educação Continuada em saúde coletiva neste município e também referente a atividades de E.C. desenvolvidas:

“Eu acho que a dificuldade maior é assim, a chefia máxima, no caso nosso aqui seria o Secretário, é o Secretário ver que aquilo é importante” E2.

“Eu acho que o desafio é esse, fazer as pessoas entenderem da importância das coisas. Fazer as pessoas [...] que tem mais poder e controle, seja sobre o dinheiro, entender da necessidade que as pessoas têm de se capacitarem. Porque não dá para você ficar presa às coisas lá na faculdade, você tem que continuar, porque as coisas evoluem e você não

pode ficar parado. Acho que a maior dificuldade é essa” E2.

“A gente tem essa dificuldade também. O próprio gestor, no caso o Secretário e a administração municipal não vêem a necessidade da educação continuada também. A visão é muito mais administrativa do que técnica, é muito mais de acontecer é, sob números do que de retro alimentação, de permanente qualificação, isso não tem ao nível ainda da administração. Então esse para mim é um grande desafio, é o poder do convencimento” E1.

Primeiramente percebemos a questão da hierarquia institucional, que funciona de uma forma verticalizada, assim, é fundamental que haja compromisso e envolvimento da chefia, para que as coisas aconteçam e que, realmente possa existir um programa de E.C., pautado na formação integral do ser humano.

O trabalho no serviço público tem uma grande influência da visão do gestor e como estes cargos são constituídos por indicação, quando mudam as gestões mudam-se os gestores e assim, pode haver um comprometimento ou não com a qualidade do serviço prestado a população, como pudemos constatar com a fala de E2:

“O fato da gente correr atrás, montar algumas coisas que é difícil no serviço de modo geral, é que hoje eu estou como coordenadora de alguma coisa, por exemplo, só que essa coisa de coordenador é uma coisa política, é um cargo de confiança. Pode ser que daqui a um tempo eu não esteja mais, então, às vezes, isso se perde, dependendo de quem entra. Então, dependendo do Secretário que entra ele tem mais esse compromisso ou não. De dar continuidade nas coisas, e isso é uma coisa assim, que todo mundo fala. Você começa a caminhar, vai indo bem, bem, bem, bem, de repente muda a direção, muda a coordenação, muda o Secretário e não necessariamente o novo Secretário que entra tem aquele compromisso de continuar com aquilo” E2.

Outro desafio que preocupa os gestores é a questão da capacitação vista como necessária para melhorar a qualidade da assistência, em que consideramos um avanço e uma grande satisfação em saber que o serviço público está atento para a importância da qualidade no atendimento à população. Interessante notar que a capacitação é considerada importante não só para os funcionários, como também para os gestores e, a demonstração de preocupação em se fazer efetivamente uma E.C.;

“O desafio é fazer continuamente a educação continuada para melhorar cada vez mais a qualidade de atendimento. Só que a Secretaria de Saúde é uma secretaria muito grande. Nós temos mais de oitocentos e cinquenta funcionários, mais de vinte e sete coordenadorias, que são esses programas, almoxarifado, transporte, tratamento fora do domicílio, quer dizer é um negócio muito grande com muitas variantes. E para você fazer um tipo de educação continuada nisso é complicado, por exemplo, departamento de compras, licitação eu tenho que ter um tipo de treinamento para isso. Almoxarifado é outro treinamento. Parte profissional, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem é outro tipo de capacitação. Pessoal de administração é outro tipo, então você vê que é difícil” E3.

“Realmente o que falta e a falha que eu tenho é justamente de profissional capacitado, pessoal. Capacitação de pessoal para tratamento, capacitação de recursos humanos” E3.

“Para mim o maior desafio é a capacitação dos gestores” E1.

“Eu acho que o fato da gente estar montando essas capacitações já foi um grande desafio, que é uma coisa que não era dada muita importância” E2.

Para os gestores, um programa de Educação Continuada em saúde coletiva deveria constar de atualizações médicas, de funcionários que atendem a população inicialmente e de capacitações em conformidade com os protocolos instituídos em âmbito federal ou municipal. Deveria também estar descentralizado para os municípios na questão financeira:

“programas de atualização na parte médica principalmente e atualização por especialidades, especialização em urgência e emergência e em nível de pessoal, a parte de atendimento, perfil de atendimento junto a população, junto ao público, nós temos uma carência muito grande desse perfil de atendimento, em nível que nós chamamos de porta de entrada, então é aquele pessoal que tem contato com o público” E3.

“Esse programa tinha que estar descentralizado para os municípios primeiro, por causa da questão de recursos financeiros. Acho que o município deveria ter a mobilidade e a facilidade dos contatos com os professores, com os orientadores e os facilitadores para que no município em conformidade com a sua necessidade os projetos da capacitação

puddessem acontecer, porque se hoje nós falamos em municipalização e que nós trazemos para o nível local a possibilidade do planejamento local, então porque não a questão da educação permanente estar descentralizada na questão financeira para permitir o avanço, porque senão a gente só fala do planejamento e não dá condições técnicas pra operacionalizar” E1.

“A gente está montando as capacitações dos programas. Então, a gente está revendo todos os protocolos, esses protocolos todos vão ser passados para o pessoal, então a primeira coisa seria essa capacitação de acordo com os protocolos que nós estamos vendo. Isso já é uma coisa que já está começando a acontecer. Mas agora eu espero que continue” E2.

Mais uma vez encontramos aqui a questão burocrática que dificulta a realização de algumas atividades, representando talvez um empecilho na efetivação de programas de E.C. Também há evidência da preocupação com a atualização médica e de pessoal.

As capacitações estão vinculadas aos protocolos estabelecidos pelos órgãos federal, estadual ou municipal. O enfermeiro é considerado referência destes programas, exercendo a coordenação, trazendo para si uma grande responsabilidade.

A Educação Continuada representa um espaço de lutas, conflitos e interesses, se pensarmos que para a Secretaria Municipal de Saúde o planejamento destas atividades está direcionado a formação profissional em serviço. Para o trabalhador em saúde existem dois aspectos: interesses e necessidades. Os interesses podem não ser os mesmos da Instituição e assim, caberia um processo de negociação quando a gestão é mais democrática. Há casos em que a obrigatoriedade da realização destas atividades impostas pela Instituição e em um processo hierarquizado se sobrepõe aos interesses e necessidades do trabalhador.

Quando perguntado aos gestores como as propostas de E.C. são recebidas pelos enfermeiros e como é a participação destes profissionais, encontramos respostas como:

“São bem aceitas. Existe um interesse deles inclusive de melhorar profissionalmente dentro desses programas, por exemplo, dentro do programa da saúde da família, a figura da enfermagem, da enfermeira e do enfermeiro, tem um peso bastante grande porque ela tem determinadas funções dentro do programa saúde da família que traz uma responsabilidade bem grande para os enfermeiros” E3.

“Eu acho que eles até se envolvem bem nos treinamentos, uns com mais outros com menos compromisso de fazer isso acontecer na ponta, que é o que eu falo todo dia para eles em todos os treinamentos; treinamento não é só pra você guardar na gaveta, esse trabalho tem que acontecer na sua unidade. Então, essa forma do envolvimento, do compromisso é o que eu ainda acho difícil com o pessoal, mas eles respondem, participam melhor que os médicos” E1.

“Existe assim essa busca e existe também no desenrolar do trabalho, o interesse dele demonstrado, quando ele realmente é compromissado e com a sua equipe ele capacita continuamente, porque ele é a referência, ele é o coordenador” E1.

“Por parte da enfermagem a participação é boa, da enfermagem. Agora dos outros profissionais, aí já vai diminuindo um pouco. Da parte médica a participação é pior, mas a parte da enfermagem, eu sinto que a enfermagem sempre está atrás” E2.

“Eu acho que a maioria está recebendo bem e até assim, nossa, faz tantos anos que eu trabalho aqui e nunca teve” E2.

“Essa capacitação e treinamento junto com o Estado e Ministério, isso é continuado” E3.

Percebemos conforme os dados coletados que as enfermeiras realizam atividades de E.C. seja voluntariamente ou por convocação, e, também existe uma preocupação do comprometimento deste sujeito com as mudanças, com o transformar esse conhecimento na sua prática, no seu cotidiano. Necessitamos saber como este conhecimento chega até ele, possibilitando assim intervir para melhorar. Novamente consideramos importante se valer da problematização como processo de aquisição de conhecimento com vistas à transformação. Como cita Gadotti in McLaren (1998, p.30) na visão freireana “o conhecimento deve constituir-se numa ferramenta essencial para intervir no mundo”.

É interessante observar esta questão da maior autonomia que o enfermeiro possui na área de saúde coletiva e que pode funcionar como um estímulo para a realização de atividades de Educação Continuada, na medida em que ele é mais valorizado e respeitado no seu saber profissional.

Preocupa-nos a falta de comprometimento por parte de alguns profissionais de saúde na realização destas atividades, relatada na fala de E1 e E2. Como parte integrante de uma equipe

multidisciplinar as diferentes categorias profissionais precisam se integrar e interagir com a equipe visando à melhoria da qualidade da assistência e isso abrange inclusive a participação em atividades de E.C. Fica aqui uma pergunta: por que ainda não há uma exigência na capacitação médica?

Participar de atividades de E.C. também demanda incentivo, propiciando condições para sua realização. Os incentivos que são oferecidos aos enfermeiros para participarem das atividades de E.C. se restringem a:

“Capacitação, treinamento tudo é custeado, recebem dinheiro de passagem ou a gente manda levar com os carros da frota da Prefeitura e eles recebem diária, para fazer esses cursos” E3.

“Quando é um treinamento lá em Belo Horizonte e que eu consigo com que eles me mandem um fax convocando aí a Prefeitura paga porque é uma convocação, mas se eu falo não eles estão indo por causa do curso, aí não paga” E1.

“Única coisa é que eles ficam liberados do trabalho na unidade para poder comparecer as capacitações ou aos treinamentos. Nós conseguimos pelo Pólo curso de especialização em saúde da família em Pouso Alegre e eles têm a liberação para comparecer” E1.

“Se for uma coisa que é bancada via Prefeitura, Secretaria de Saúde, Estado e Governo Federal, aí você recebe seus incentivos financeiros e apoio, liberação de horário, aí você vai. Agora se for uma coisa que é particular, igual um Congresso, aí não tem incentivo não. Muito difícil, muito difícil. Quanto muito, às vezes o que a gente consegue é liberação do ponto” E2.

Existem incentivos financeiros principalmente quando há convocação pelos órgãos públicos- seja na instância municipal, estadual ou federal – para a realização das capacitações e treinamentos dos protocolos vinculados aos programas do Ministério da Saúde. Estabelecendo um paralelo com a questão de número 6 do questionário distribuído as enfermeiras como instrumento de coleta de informações, obtivemos um resultado interessante, como o predomínio do caráter voluntário para a participação em atividades de E.C. Isto evidencia um comprometimento das enfermeiras com o crescimento pessoal e profissional.

Um ponto positivo seria a questão da liberação do ponto para as enfermeiras realizarem

estas atividades, demonstrando uma preocupação dos gestores com a E.C. Fato este confirmado nos questionários quando as enfermeiras informaram que depende da negociação com a chefia.

Poderia ser estudada a possibilidade de proporcionar incentivos para as atividades realizadas voluntariamente, visto que esta é uma sugestão das enfermeiras. Como já sugerimos (ver p.58) poderiam ser estipulados critérios para a liberação de ponto dos funcionários para participarem de atividades de E.C., de maneira que todos os profissionais de saúde fossem contemplados.

Uma questão levantada na fala dos entrevistados diz respeito ao acréscimo salarial, vinculado a realização de cursos de especialização e fornecimento de certificados, como podemos notar:

“Dentro do serviço público quando eles fazem um curso de especialização, tem uma determinada vantagem salarial. um curso de especialização, de pós-graduação recebe até dez por cento de aumento no salário” E3.

“Então, acho que fica nisso, fica metade, metade. Aquele que vai independentemente se vai ter retorno financeiro ou não, mas que ele sabe que vai ter um retorno para o próprio conhecimento. E tem aquele que vai mais pensando no retorno financeiro, seja ele em folga, seja ele em hora extra, ou seja, ele com essa possibilidade de entregar o certificado e ganhar um dinheirinho a mais no salário depois. Digo que fica metade, metade” E2.

“Se a pessoa recebe um certificado daquilo que ela foi e ela vai juntando esse certificado, todo ano, no meio do ano, ela junta aquilo, se aquilo der vinte pontos, ela entrega aquilo na Prefeitura lá no departamento pessoal, ela ganha um acréscimo no seu salário. Não é tão simples assim, é meio complicado, porque, por exemplo, se eu e você empatamos na pontuação, aí tem uns critérios de desempate” E2.

Concordamos que o acréscimo salarial mediante a realização de um curso de pós-graduação é um incentivo e um estímulo para a sua realização, beneficiando o serviço com os conhecimentos adquiridos pelo profissional e que serão aplicados na sua prática profissional. O funcionário quando bem remunerado e valorizado pode agregar um comprometimento maior com o serviço.

Segundo os gestores os objetivos e finalidades da E.C. para os profissionais da área de

saúde são:

“Busca de uma melhoria de qualidade” E3.

“Seria você estar se aperfeiçoando, se atualizando, sempre assim visando o retorno na sua qualidade de serviço que você presta [...]. Então é na qualidade de serviço prestado que você vai tentar oferecer. Então assim, você prestando uma qualidade de serviço boa, você vê o retorno do seu trabalho“ E2.

“Na saúde recursos humanos é insumo. Então se eu não prepará-lo como é que eu vou trabalhar? O final do nosso produto é a satisfação do usuário, é o bom atendimento na ponta, é o controle da população que nós somos responsáveis por ela. Então, isso aí eu só vou ter se eu tiver uma equipe que tenha qualificação para isso, capacidade de atendimento, que trabalhe com a humanização, que trabalhe com o acolhimento e eu não faço humanização, não faço acolhimento sem capacitar as pessoas e sem ter uma rede que de resposta. Eu tenho que acolhê-la e encaminhá-la e receber de volta. [...]. Só acredito na mudança em dois aspectos, que eu acredito na mudança da saúde nesse país, primeiro é a capacitação continuada e segundo é o envolvimento da comunidade no controle social, efetivo, porque senão não vai funcionar, porque senão ela é politizada demais, politicada, não é politizada” E1.

Será que a assistência/cuidados à saúde com qualidade é de fato uma bandeira de todas as instâncias envolvidas com este setor?

Notamos que quando os gestores abordam como objetivo da Educação Continuada a “atualização” ou “capacitação” contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência, isto vem ao encontro do que já descrevemos no decorrer do nosso texto referenciando diversos autores que tratam da E.C., em que fazem esta mesma afirmação. Resta, porém que as práticas caminhem com a mesma velocidade do discurso, saindo do papel e se transformando em realidade na vida cotidiana.

Interessante a fala de E1 abordando a interação entre os sujeitos como contribuição para a emancipação. Traz uma crítica quanto à interferência política como forma de “boicotar” as ações de saúde. Aborda também a humanização tendo como pressuposto a E.C., o que vem de encontro a afirmativa abaixo, quando falamos em humanização da assistência:

“Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde” (Oliveira, Collet e Vieira, 2006, p.282).

A humanização, enquanto proposta de interação entre os sujeitos, de diálogo, visando políticas públicas éticas, com respeito e solidariedade, é uma das metas da AB. As enfermeiras relataram a importância da humanização como um dos impactos que as atividades de E.C. por elas realizadas, tiveram nos serviços de saúde. Percebemos ainda uma dimensão pequena diante da abrangência da humanização, mas temos a certeza de que já é um caminho para este novo modelo de gestão, mais democrática, participativa e interativa. Tanto que já existe um movimento para a implementação do setor de gestão do trabalho neste município, seguindo a diretriz do Ministério da Saúde que tem uma Secretaria (SGTES) para tratar de assuntos relativos a educação permanente.

Sobre o setor de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, a visão dos gestores é a seguinte:

“Nós estamos implementando [...], nós não tínhamos até então aqui este tipo de direcionamento para área saúde. É uma diretriz, depende de capacitação, depende de treinamento, é onde a gente vai capacitar todos os funcionários da saúde dentro dessas diretrizes do Ministério, justamente relacionado com a gestão do trabalho em saúde. É diferente do gerenciamento normal de Secretaria” E3.

“Início do ano passado, início de 2006, nós sugerimos a criação do setor, mas ainda não foi criado oficialmente, ele não existe no organograma, aqui eu trabalho com o organograma informal, onde eu tenho vigilância e saúde, onde eu tenho gestão do trabalho do SUS, onde eu tenho apoio logístico para dar o respaldo administrativo do funcionamento. Mas isso não existe no organograma oficial, aí nós conseguimos uma enfermeira que é responsável pela gestão e ela está a frente da coordenação de todas as capacitações, de todos os treinamentos e qualificações. Nós fizemos a inscrição dela e de um funcionário de nível médio num curso EAD da FIOCRUZ para mesa negociadora do SUS, para que a gente possa implantar a mesa de negociação do sistema, é como forma de ver tudo essas deficiências dos planos de carreira, de cargos e salários, etc.

Desenvolvimento, a questão da educação permanente e que não foi fácil, porque assim, não foi bem entendido pelo secretário, mas a gente argumentou e aí conseguimos fazer a inscrição” E1.

“Junto com a educação permanente que é o que nós estamos chamando, a gente está anexando a questão da educação popular. Então nós estamos junto com diversos parceiros na cidade, para a gente trabalhar localmente, com as equipes de saúde da família, montar conselhos locais, discutir a questão da saúde voltada para o direito da cidadania” E1.

“Na verdade, nós criamos ele aqui para a gente, mas na realidade, no papel ele não existe. Porque nosso organograma que existe oficialmente é um organograma que está super ultrapassado. Então a gente fez o quê? O ano passado que a gente começou a reestruturar tudo, os programas, e pensar na Secretaria de Saúde numa forma diferente, porque a Secretaria cresceu muito [...] a gente montou um organograma nosso e começamos a trabalhar em cima desse organograma, mas oficialmente isso ainda não foi aprovado” E2.

“Nós dividimos todas as atividades de educação por nível de formação, nível médio, nível fundamental e o nível superior, assim para pegar todos os profissionais, hoje toda a rede participa de capacitação. A avaliação tem sido através dos resultados alcançados quando acessibilidade é maior e você tem o retorno” E1.

Entendemos que a criação deste setor é um passo para se implantar um programa de Educação Continuada, que possa funcionar amplamente, abrangendo as mais variadas atividades de E.C. e não apenas aquelas advindas do governo como as capacitações e treinamentos para os programas oficialmente instituídos.

Existe um comprometimento dos gestores em que isso se solidifique e que possa avançar, porém, há que se ter o cuidado para não sofrer interferências políticas e que não seja “objeto” de interesses particulares.

A construção da cidadania depende do verdadeiro envolvimento e comprometimento dos cidadãos, visando obter uma sociedade mais justa e igualitária, livre das formas de opressão e envolvendo todos os excluídos em um único compromisso social.

Um assunto ainda meio indefinido diz respeito aos Pólos de Educação Permanente. Como

podemos perceber na seguinte fala:

“Sobre os pólos eu acho assim, que é uma idéia fantástica, eu estou chamando de idéia porque ainda não existe. [...] Não realmente o Pólo não existe em Minas e essa foi a resposta que me deram em Minas Gerais, em Belo Horizonte, Secretaria do Estado: O Pólo não existe em Minas, nós estamos criando a nossa forma de capacitação. Eu acho que a questão é essa crítica tem que ser feita, o Ministério tem que clarear então para as gestões dos estados qual que é o papel. Se não puder ser com os estados, então que os municípios fiquem liberados para ter acesso ao Ministério, passando pelas instâncias. Então é um projeto nacional e ele tem que estar inserido nos estados e os estados têm que inserir e distribuir para os municípios que querem, porque, por exemplo, tem município que não vai querer a capacitação, a gente ficou sabendo na última reunião que só a região sul de minas tinha mais de um milhão de reais de 2004 que não foi gasto com capacitação. Porque que isso não anda, não chega, não pode? Eu acho que os municípios que querem estão perdendo muito” E1.

Mais uma vez, percebemos a questão política e a hierarquização do sistema como um entrave na máquina pública. Tudo é definido de cima para baixo sem considerar a realidade local. Ainda há uma indefinição nesta questão dos Pólos, embora o Ministério da Saúde tenha divulgado diversos documentos tratando deste assunto, parece que há uma lentidão na efetivação destas propostas.

Capítulo 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa explicita que as enfermeiras que atuam na saúde coletiva de um município mineiro realizaram um número considerável de atividades intituladas de E.C., mesmo que de forma pontual, principalmente no período compreendido entre 2001-2007.

De 2000 em diante houve uma quantidade significativa de atividades denominadas de E.C. É interessante notar como estas atividades acontecem em um local em que não há uma previsão ou um planejamento e ainda assim, acontecem.

Quanto à formação profissional, todas são graduadas em enfermagem, somente duas não têm especialização, oito têm uma especialização e cinco delas têm duas especializações. Uma enfermeira cursa o mestrado. Notamos uma diversidade de áreas relativas às especializações, demonstrando um interesse por cursos que não se restringem apenas à Saúde Pública.

Não obtivemos nenhum relato da realização de Licenciatura em Enfermagem e sentimos falta de uma maior inserção destas profissionais na área educacional, na medida em que todas atuaram e/ou atuam como professoras e docentes. Apenas quatro fizeram especialização na área educacional. Como enfermagem e educação devam caminhar de maneira articulada, um percurso pelo campo educacional se faz necessário.

Consideramos a Licenciatura em Enfermagem como um ponto de partida para a formação deste profissional no campo educacional. O profissional de saúde “descobre” a educação quando ao realizar um curso de Licenciatura percebe que faz uma enorme diferença para sua atuação em sala de aula, possibilitando expandir os horizontes e atuar com maior envolvimento docente.

Para as atividades de E.C. desenvolvidas, as mais realizadas são: jornadas, seminários, palestras, cursos e treinamentos. Quanto à duração destas atividades o período mais representativo compreende 5-8h, sugerindo “breves” inserções em determinadas temáticas. Aulas teóricas e/ou práticas estão entre as mais citadas como forma de realização destas atividades. Preocupa-nos a formação de uma visão crítica da realidade. Como essas práticas pedagógicas são abordadas e contextualizadas? A pedagogia crítica é utilizada? Qual o compromisso do educador com a transformação social?

A predominância de cursos de curta duração, aula expositiva, processo educativo centrado no profissional e programa não avaliado ou avaliação em um único formato (avaliação escrita),

produz uma concepção de Educação Continuada que retrata o acúmulo de informações. Essa predominância indica que há necessidade de mais reflexão e de formas de se trabalhar mais a concepção de E.C.

De acordo com as falas das enfermeiras, há uma relação significativa entre as atividades de E.C. realizadas (cerca de 90%) com as atividades que desenvolvem no serviço, evidenciando relação entre teoria e prática.

A Instituição que mais ofereceu atividades de E.C. foi a Secretaria Municipal de Saúde, talvez pela própria necessidade do serviço uma vez que os programas estão vinculados aos órgãos federal, estadual e municipal. Percebemos que existe uma verticalização, ou seja, estes programas estão vinculados ao Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde. Os funcionários são convocados a realizar as capacitações e treinamentos havendo apoio financeiro para custear despesas como transporte, hospedagem, alimentação, inscrição e demais despesas necessárias para a realização das atividades.

Interessante notar que mesmo sem incentivos financeiros, houve iniciativa para a realização de atividades de E.C. de forma voluntária, contrapondo com a forma por convocação. Para realizar estas atividades que geralmente partem de iniciativa própria, as enfermeiras contam com o apoio dos gestores que promovem a liberação do ponto. Deixando claro que não é uma regra, depende de negociação. Dispensa do trabalho, aspecto financeiro e falta de estímulo, de oportunidade, de comunicação e de pessoal, estão entre as dificuldades mais citadas para a realização destas atividades.

Evidenciamos a falta de uma política mais sistematizada de E.C. na área da saúde abrangendo: previsão, captação e distribuição de recursos financeiros, incentivo à formação continuada dos trabalhadores da saúde, participação dos trabalhadores de todos os setores, áreas que demandam aquisição de novos conhecimentos e demandas dos trabalhadores.

Os enfermeiros fazem parte dos profissionais de saúde mais comprometidos com a realização de atividades de E.C. Exercem atividades de coordenação e são considerados como referência nos programas de saúde, possuindo maior autonomia profissional na área da saúde coletiva.

Atualmente o foco da Saúde Coletiva é a Atenção Básica através da estratégia Saúde da Família, inclusive destinando grande parte das atividades de Educação Continuada para os trabalhadores que atuam neste programa. Em todo o país, Minas Gerais tem o maior número de

equipes de Saúde da Família. Segundo Araújo (2007, p.7) são “3.463 equipes e 23.377 Agentes Comunitários de Saúde atuando em 816 municípios, o que atinge uma cobertura de 62% da população mineira”.

O município passa atualmente por um processo de reestruturação, buscando converter as Unidades Básicas de Saúde em Unidade Básica de Saúde da Família, com a finalidade de concentrar esforços na Atenção Básica. São várias as dificuldades encontradas como resistência da população, interferência política, qualificação profissional, falta de comprometimento do profissional, serviço terceirizado.

A Educação Continuada pode contribuir para a consolidação da estratégia Saúde da Família, na medida em que os gestores propiciem condições para o desenvolvimento destas atividades, porém o serviço público apresenta alguns aspectos que dificultam a implantação de muitas propostas, como:

- Burocracia: gerando morosidade
- Hierarquia institucional: se não houver o envolvimento das chefias as coisas não acontecem.
- Mudança de gestores decorrente das eleições: descontinuidade de projetos comprometendo a qualidade dos serviços prestados a população.

Percebemos que a priorização das ações de saúde na área de saúde coletiva, inclusive PSF, resulta de uma padronização de condutas e definição de protocolos, que permeiam o cotidiano dos profissionais.

Há interesse dos gestores em implantar um setor responsável para auxiliar nestas atividades. Sugerimos então que este setor passe a registrar todas as atividades de E.C. sejam elas por convocação ou aquelas de forma voluntária, pois sentimos falta de registros durante a coleta dos dados.

A contribuição desse espaço de E.C. pode ser imprescindível para a reflexão das práticas de saúde, de problematização das práticas, na visão e no olhar dos trabalhadores, na relação deles com o usuário, com o conhecimento que tem daquela comunidade em que atua.

Foi criado neste município um setor para organizar e coordenar as atividades educacionais, e mais especificamente a E.C. dos profissionais de saúde referente aos programas da saúde. Ainda funciona informalmente, constando apenas no organograma atual, não oficial,

utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Poderia então este setor articular com outros órgãos e setores promovendo programas que busquem o desenvolvimento do ser humano em todas as suas dimensões, contextualizando os múltiplos cenários seja econômico, político, social, ético e cultural.

Percebemos que a concepção de E.C. vigente na área da saúde está mais voltada para a qualificação profissional, prevalecendo a dimensão técnico-científica. Já existe uma movimentação do pensamento voltado para a humanização da assistência, como a preocupação relatada pelos gestores com a qualidade da assistência que sabemos, representa a finalidade da E.C., na medida em que os profissionais estejam comprometidos com a constante busca pelo conhecimento e com o educar para intervir.

Consideramos como ponto positivo dos gestores a dispensa do ponto para os funcionários, o oferecimento de um número considerável de atividades de E.C e a preocupação demonstrada com a qualidade da assistência e do atendimento ao usuário.

O número significativo de profissionais de saúde no município e as mudanças propostas pelo PSF remetem para a importância da E.C. Assim a busca por parcerias com outras instituições do município, tanto da área da educação quanto da saúde e o estabelecimento de uma política que envolva um processo avaliativo da relação da E.C. com a melhoria da assistência, poderiam contribuir para a solidificação de um programa dessa dimensão.

Reafirmamos a necessidade de registro das atividades de E.C. realizadas ou oferecidas aos enfermeiros, com a descrição dos métodos educativos utilizados, em que situações, quais os melhores ou mais recomendados, para que assim seja possível comprovar a validade dos programas objetivando a melhoria da qualidade da assistência prestada ao ser humano.

Consideramos essencial a avaliação dos resultados para os programas de E.C., é preciso que haja um diagnóstico da situação, com uma resposta dos sujeitos envolvidos. Só assim, pesquisas que abordam esta temática poderão dar uma maior contribuição para os profissionais envolvidos.

Assim, entendemos que a Educação Continuada representaria o fio condutor na busca pela consolidação da estratégia Saúde da Família com vertente para a Atenção Básica. Uma Educação Continuada centrada na prática profissional, envolvida com a aprendizagem contínua dos profissionais, a construção do conhecimento, partindo da realidade dos sujeitos inseridos dentro de um contexto e a interação entre os sujeitos, possibilitando reflexão e criticidade. É de

fundamental importância dispor de uma perspectiva pedagógica que busque essa interação, reflexão, busca para solução de problemas, diálogo, como a pedagogia da problematização. Há que se rever a concepção de Educação Continuada vigente nos atuais programas constando de cursos pontuais e processos verticalizados de ensino.

“O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos” (FREIRE, 1983, p.21)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. e ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2ªed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de Estado**: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado. 4ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

ALVES-MAZZOTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1999.

ANTUNES, R. **Neoliberalismo, Trabalho e Sindicatos**: Reestruturação produtiva no Brasil e na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 1997.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO, M.R.N. Atenção Básica: Construção da Qualidade de Vida. **Boletim Informativo do COREN-MG**. Belo Horizonte, ano 29, n.3, out./nov, 2007. p.7.

AROUCA, L.S. **Educação Extra-Escolar e a Realidade Brasileira**. 439f. Tese (Doutorado em Educação), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1983.

AROUCA, L.S. O Discurso Sobre a Educação Permanente. **Pro-Posições**. Campinas, v.7, n.2 [20], p.65-78, jul. 1996.

BAGNATO, M.H.S; COCCO, M.I.M.; DE SORDI, M.R.L. (org). **Educação, saúde e trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, 1999.

BEZERRA, A.L.Q. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. **O mundo da Saúde**. São Paulo, ano 24,

v.24, n. 5, p.352-356, set./out. 2000.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 18-10-2007b.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde. **Atenção Básica (DAB).** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27146>. Acesso em: 18-10-2007c.

BVS. **Descritores em Ciências da Saúde.** Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Atenção%20Primária%20à%20Saúde&show_tree_number=T>. Acesso em: 06-10-2007.

CARDOSO, I.M., MURAD, A.L.G., BOF, S.M.S. A institucionalização da educação permanente no programa de saúde da família: uma experiência municipal inovadora. **Trabalho, Educação e Saúde.** São Paulo, v.3, n.2, p.429-439, set. 2005.

CASTILHO, V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento pessoal. **O mundo da Saúde.** São Paulo, ano 24, v.24, n. 5, p.357-360, set./out.

2000.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005 a.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005 b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 Nov 2007. 2005b.

CIAMPONE, M.H.T. Tecnologias para a gestão do conhecimento – grupo operativo. **O mundo da Saúde**. São Paulo, ano 24, v.24, n. 5, p.361-365, set./out. 2000.

CNE – Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais, Resolução CNE/CES Nº 3 de 07 de novembro de 2001**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 05-02-2008.

CNS - Conferências Nacionais de Saúde - Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf>. Acesso em: 06-10-2007.

DEDECCA, C. As mudanças no sistema das relações de trabalho. In: *Le Monde Diplomatique*. **Globalização e Mundo do Trabalho**. Diplô Brasil. Caderno de Debates. Especial n.1, p.4-6, set. 2000.

DESTRO, M.R.P. Educação Continuada: visão histórica e tentativa de conceitualização . **Caderno CEDES**. Campinas: Papyrus, 1995.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S/A, 1994.

FERREIRA, N.S.C. (org). **Formação Continuada e Gestão da Educação**. São Paulo: Cortez, 2003.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12^a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 26^a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. As muitas lições de Freire. In: McLAREN, P., LEONARD, P. e GADOTTI, M. **Paulo Freire: Poder, Desejo e Memórias da Libertação**. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 25-34.

GASPARIN, J.L. **Uma Didática para a Pedagogia Histórico-Crítica**. Campinas: Autores Associados, 2002.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.6, n.22, p.1171-1181, jun. 2006.

GIROUX, H.A. **Pedagogia Radical: subsídios**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1983.

GIROUX, H.A. **Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GIROUX, H.A. **Cruzando as fronteiras do discurso educacional: novas políticas em educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GUILHERME, M. Qual o papel da Pedagogia Crítica nos estudos de língua e cultura. Uma entrevista com Henry A. Giroux. **Language and Intercultural Communication**. 6(2). **Global Television Network Chair in Communication Studies**. Disponível em: <http://www.henryagiroux.com/RoleOfCritPedagogy_Port.htm>. Acesso em: 08-06-2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contagem da População Residente, em 1º de abril de 2007, segundo os municípios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/MG.pdf>>. Acesso em: 01-04-2007

ITO, Elaine Emi; TAKAHASHI, Regina Toshie. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10-04-2008.

KURCGANT, P. Educação Continuada: caminho para a qualidade. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.12, n.2, p.66-71, mai./ago. 1993.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, S. Educação continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. **O mundo da Saúde**. São Paulo, ano 24, v.24, n. 5, p.343-351, set./out. 2000.

MARIN, A.J. Educação Continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Caderno CEDES**. Campinas: Papyrus, 1995.

McLAREN, P. **A vida nas escolas: uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

McLAREN, P., LEONARD, P. e GADOTTI, M. **Paulo Freire: Poder, Desejo e Memórias da**

Libertação. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ªed.São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, M.I., CHILLIDA, M. de S. Pi e BARGAS, E.B. Educação continuada em um serviço terceirizado de limpeza de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.541-548, mai./jun. 2004.

NONO, M.A. E MIZUKAMI, M.daG.N. Processos de formação de professoras iniciantes. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília, v.87, n.217, p.382-400, set/dez. 2006.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; V., C. S.. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov 2007.

OPAS. **Glossário de Terminologia: Iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”**. Abril. 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf>>. Acesso em 11-11-2007.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO E A CIÊNCIA. Unesco: Nova Estratégia para a Educação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília, v.59, n.129, p.767-774, jan./mar. 1973.

PAIM, J. S. e NUNES, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.262-269, jul./set. 1992.

PEDROSA, J.I.S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org)

A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.261-281.

PERES, E.S.R. E BAGNATO, M. H. S. Análise das concepções de educação contínua na produção científica da área de saúde. In: BUENO, S.M.V., COSTA, F.N.A., BAGNATO, M.H.S. e OLIVEIRA, M.W. (org.). **Enfermeiro Professor e o Ensino Médio em Enfermagem**. Anais do II Encontro de Formação de professores de Ensino Médio em Enfermagem. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. p.187-195.

PIMENTEL, M. “Problemática da Educação Continuada nas Instituições de saúde”. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.10, n.2, p.72-74, mai./ago. 1991.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos e metas de desenvolvimento do milênio para o PNUD** – Set./2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php?lay=odmi&id=odmi>>. Acesso em: 20-10-2007.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização:** a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo. 2001.

PORTELLA, M. R. Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres rurais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.52, n.3, p.355-364, jul./set. 1999.

RIBEIRO, C.M. Educação Continuada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.39, n.1, p.79-81, jan./fev./mar. 1986.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13-05-2007.

RODRIGUES, R. M. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil:** contexto, conteúdo e possibilidades para a formação. 253f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ROMÃO, J. E. **Educação Profissional no Século XXI.** Boletim Técnico do SENAC - 2002. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/283/boltec283b.htm>>. Acesso em 04-11-2007.

SANTOS FILHO, J. C. dos, e GAMBOA, S. A. S. **Pesquisa Educacional:** quantidade-qualidade. 5a ed., São Paulo: Cortez. 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **7ª Confêrencia Municipal de Saúde.** 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Quadro de servidores públicos municipais.** 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **8ª Confêrencia Municipal de Saúde.** 2007.

SILVA, T. T. da. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SILVA, M. J. P.da; PEREIRA, L.L.; BENKO, M.A. **Educação Continuada:** estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: EDUSP/Marques-Saraiva, 1989.

SOUZA, M.C.B. e CERIBELLI, M.I.P.de F. Enfermagem no centro de material esterilizado – a prática da educação continuada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.767-774, set./out. 2004.

STRUCHINER, M., ROSCHKE, M.A. e RICCIARDI, R.M.V. Formação permanente, flexível e a distância pela Internet: Curso de Gestão Descentralizada de Recursos Humanos em saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública.** Washington, v.11, n.3, p. 158-165, mar. 2002.

TANAKA, L.H. e LEITE, M.M.J. O Significado do Termo Desenvolvimento de pessoas na visão das Enfermeiras de Educação Continuada. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.14, n.3, p.52-59, set./dez. 2001.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ZUIN, A. A. S. e PUCCI, B. **A pedagogia radical de Henry Giroux:** uma crítica imanente. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1999.

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

Projeto de Pesquisa – Mestrado: “EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES”.

Você está sendo convidado (a) a participar de um trabalho de pesquisa de mestrado que será desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde; cujos detalhes seguem abaixo:

Objetivo: Esta pesquisa de mestrado pretende analisar as atividades de educação continuada dos enfermeiros na área de Saúde Coletiva de um município mineiro; caracterizar as atividades de educação continuada dos profissionais enfermeiros de saúde coletiva no município de Poços de Caldas e compreender os limites, desafios e possibilidades de realização destas atividades.

Procedimentos de pesquisa: Entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos que participarão do projeto, utilização de fontes documentais, diário de campo e aplicação de questionários a serem respondidos pelos sujeitos que participarão do projeto.

Pesquisadoras: Silvana Elisa Sauaia Lopes Murback – mestranda em Educação e Profª Dra. Maria Helena Salgado Bagnato – Orientadora / Faculdade de Educação – UNICAMP.

Qualquer dúvida ou pergunta sobre assuntos relacionados à pesquisa, o pesquisador estará disponível para esclarecê-las, contato através do telefone (19) 3521-5623. O telefone da Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para qualquer recurso é (19) 3521-8936.

Diante da anuência do entrevistado, assumo a responsabilidade pelo caráter confidencial das informações obtidas nas entrevistas e questionários, preservando a identidade dos entrevistados nas considerações do trabalho. Assumo também o compromisso de esclarecer as

dúvidas que os sujeitos da pesquisa tenham a respeito das finalidades do trabalho e do uso das informações obtidas. Comprometo-me em utilizar estas informações para o desenvolvimento do projeto de pesquisa de mestrado, bem como garantido o sigilo dos dados pessoais e das identidades dos sujeitos de pesquisa, os resultados serão apresentados em evento de natureza científica e/ou publicados.

Silvana E. S. Lopes Murback

Mestranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UNICAMP

Autorizo o uso das informações obtidas na entrevista para fins acadêmicos.

Local e data: _____

Entrevistado

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES JUNTO AOS ENFERMEIROS DA SMS

Caracterização do sujeito
Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Escolaridade:
• Graduação – Qual(is)? Quando? _____ _____ _____ _____
• Especialização - Qual(is)? Quando? _____ _____ _____ _____
• Mestrado – Em que área? Quando? _____ _____ _____ _____
• Doutorado – Em que área? Quando? _____ _____ _____ _____

Atividades Profissionais

- Experiência profissional: _____

- Descreva as atividades que exerceu e exerce:
Exemplo: explicitar atividades realizadas em educação inicial (ensino em cursos profissionalizantes, etc.), em educação superior (ensino em cursos de enfermagem e/ou outros), em educação continuada, em gestão, em assistência e/ou outras atividades;

- Tempo de serviço (Secretaria Municipal de Saúde): _____

**Atividades de educação continuada realizadas desde que ingressou como profissional na
Secretaria Municipal de Saúde.**

Instruções para responder: Em cada item escreva sobre cada uma das atividades desenvolvidas. Estas questões deverão ser respondidas nas folhas anexo. Se necessário utilize o verso das folhas.

1. Qual(is) atividades foram desenvolvidas?
2. Quando foram realizadas?
3. Qual a duração?
4. Quem ofereceu?
5. Como foi desenvolvida (descreva como foi o evento)?
6. Sua participação foi voluntária ou por exigência do serviço? Comente sua participação.
7. Qual a relação entre a(s) atividade(s) realizada(s) e sua atividade profissional?
8. Existe incentivo por parte da Direção do serviço em estimular a participação dos enfermeiros nas atividades de educação continuada?
9. Quais são as dificuldades que você encontra em participar e ou realizar atividades de educação continuada?
10. Como estas atividades foram avaliadas?
11. Quais os impactos destas atividades nos serviços de saúde?

Folha de respostas

ANEXO 3: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS GESTORES NA ÁREA DA SAÚDE

(Secretário de Saúde, Vice-Secretária e Coordenadora de Enfermagem)

I – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação Profissional

Graduação – Qual(is)? Quando? _____

Especialização - Qual(is)? Quando? _____

Mestrado – Em que área? Quando? _____

Doutorado – Em que área? Quando? _____

Função Atual _____

Tempo de serviço (na SMS): _____

Experiências profissionais: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que você entende por educação continuada (E.C.)?
2. Do seu ponto vista como deve ser um programa de educação continuada em saúde coletiva e o que é esperado deste programa?
3. Quais os desafios, limites, dificuldades para se implantar um programa de educação continuada em saúde coletiva neste município? Como a Secretaria Municipal de Saúde poderia contribuir para implantá-lo?
4. Como as propostas de E.C. são recebidas pelos enfermeiros?
5. Como se dá a participação destes funcionários?
6. Que incentivos são oferecidos aos enfermeiros para participarem de atividades de educação continuada?
7. Há algum apoio financeiro para que estes profissionais participem de tais atividades? Descreva.
8. Qual(is) objetivos-finalidades da educação continuada para os profissionais da área da saúde?
9. Fale sobre as políticas de saúde implementadas na rede básica de saúde.
10. Fale sobre o setor de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Quando foi criado?
11. Comente sobre atividades de E.C. que foram desenvolvidas:
 - Para quem foi destinada.
 - Como foi avaliada.
 - Desafios e aspectos positivos deste trabalho.
12. Fale sobre os Pólos de Educação Permanente.