



JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLÁ (Org.)

ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

EXPERIÊNCIAS DA BAHIA



**ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA DE GESTÃO
DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DA BAHIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITORA

Dora Leal Rosa

VICE-REITOR

Luiz Rogério Bastos Leal



EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Jorge José Santos Pereira Solla
Organizador

**ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA DE GESTÃO
DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DA BAHIA**

Edufba
Salvador
2014

2014, Jorge José Santos Pereira Solla (org.).
Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.
Feito o depósito legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua
Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

REVISÃO
Raul Oliveira

NORMALIZAÇÃO
Adriana Caxiado

CAPA, PROJETO GRÁFICO e EDITORAÇÃO
Rodrigo Oyarzábal Schlabit

SIBI – Sistema de Bibliotecas da UFBA

Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde : experiências da Bahia /
Jorge José Santos Pereira Solla, organizador ; prefácio Washington Luiz Abreu de Jesus. -
Salvador : EDUFBA, 2014.
308 p. : il.

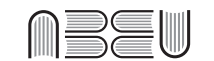
ISBN 978-85-232-1244-5

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Administração. 2. Pessoal da área de saúde
pública - Educação - Bahia. 3. Política de saúde. 4. Inovações tecnológicas. I. Solla, Jorge
José Santos Pereira. II. Jesus, Washington Luiz Abreu de.

CDD - 362.1098142

Editora filiada a


ASOCIACION DE EDITORIALES
UNIVERSITARIAS DE AMERICA
LATINA Y EL CARIBE


Associação Brasileira
das Editoras Universitárias


Câmara Bahiana do Livro

EDUFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Campus de Ondina,
40170-115, Salvador - BA, Brasil
Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Washington Luiz Abreu de Jesus

11

APRESENTAÇÃO

ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DA BAHIA

Jorge José Santos Pereira Solla

15

INTRODUÇÃO

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS: POLÍTICAS E AÇÕES NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Telma Dantas Teixeira de Oliveira
Isabela Cardoso de Matos Pinto

21

PARTE I - GESTÃO DO TRABALHO

A NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO EM SAÚDE: O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Telma Dantas Teixeira de Oliveira
Bruno Guimarães de Almeida
Luciano de Paula Moura
Talita Castro Santos Garcia
Aline Maciel São Paulo Paixão
Elaci Miranda Pitanga Barbosa

53

**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA TRABALHADORA
E DO TRABALHADOR DA Sesab: DA CONCEPÇÃO AO VOO**

Ana Flávia Barros Cruz
Cíntia Santos Conceição
Cynthia Maria Coelho Azevêdo
Jacqueline Andrade Tiara
Leila Virginia Matias da S. Eloy
Verônica Silva Copque

65

**O ACOLHIMENTO COMO ORIENTADOR DO PROCESSO FORMATIVO:
O PROGRAMA PERMANECERSUS**

Erica Bowes
Antonio Maurício Brasil
Ana Cristina Coelho Ramos

77

**MOBILIZASUS: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE
SOCIAL E GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA DO SUS/BA**

Jamilly Ribeiro
Larissa Barros
Luciana Chaves
Patrícia Dantas
Tiago Parada
Victor Brandão

91

**SATISFAÇÃO E RETENÇÃO NO TRABALHO: A PERCEPÇÃO DOS
COORDENADORES MÉDICOS DA ASSISTÊNCIA EM CINCO HOSPITAIS
DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Rosângela Maria D. Katayose
Sheyla Maria Lemos
Carla Lourenço Tavares de Andrade

103

**GESTÃO DO PERÍODO DE ESTÁGIO PROBATÓRIO PELA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Diego Pablo Candeias de Albuquerque
Merylin Correa Pessanha Lino
Manoela França Silva
Sinthia Novaes Oliveira
Cláudia Aline Santiago Fiuza
Rosa Ceci de Oliveira Santos
Telma Dantas Teixeira de Oliveira

123

**APOSENTAR PARA REESTRUTURAR: UM PANORAMA DOS TRÂMITES DE
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE APOSENTADORIA DA SESAB**

Rafael de Oliveira Gama Santos
Rosana Adorno

143

PARTE II - GESTÃO DA EDUCAÇÃO

**A INCORPORAÇÃO DO ENSINO À DISTÂNCIA COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PARA TRABALHADORES DO SUS NA BAHIA**

Marcele Paim
Carmen Fontes Teixeira

159

**MEDIAÇÃO DE SENTIDOS NORMATIVOS EM SAÚDE: A EAD COMO ESTRATÉGIA DE
POLÍTICA DA FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA**

Jane Guimarães
Adroaldo de J. Belens
Marcele Paim
Tatiana Brito

175

**EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EAD) NA FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO
PARA O SUS - LIMITES E POSSIBILIDADES**

Geisa Cristina Nogueira P. dos Santos
Maria Ligia Rangel Santos

197

**REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA
DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE**

Jamile Lima
Marcio Lemos

213

**REGULAÇÃO DE CAMPOS DE PRÁTICA NA REDE SUS: A EXPERIÊNCIA
DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DA BAHIA**

Laíse Andrade
Ieda Maria Santos
Suiane Ferreira

227

**FORMAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: UMA ANÁLISE À LUZ DAS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Jamile Lima
Marcio Lemos

239

**EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE NA
CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO POR COMPETÊNCIAS**

Maria José Côrtes Camarão
Isabela Cardoso de M. Pinto

271

**GESTÃO DESCENTRALIZADA DO CURSO DE FORMAÇÃO TÉCNICA
DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ETSUS - BAHIA**

Joelma Pinheiro Meira Barbosa
Isabela Cardoso de Matos Pinto

287

PREFÁCIO

Prefácio

Apesar dos avanços na operacionalização do SUS, sabemos que dificuldades se fazem presentes em sua implementação, em especial aquelas relacionadas à Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde.

Por isso, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES) buscou identificar e analisar os problemas em torno dos recursos humanos no SUS-BA, de modo que algumas linhas de ação foram definidas com vistas ao cumprimento destas pela Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH), em parceria com as demais instituições responsáveis pela formação em saúde no estado, consoante ao eixo central da política, que afirma: “O SUS é uma escola”.

Alguns princípios e diretrizes relacionados a uma nova concepção sobre o trabalhador de saúde estruturaram a PEGTES. Estes trazem uma nova concepção sobre o trabalhador ao apresentá-lo como protagonista dos processos de mudança para melhoria dos serviços e oferta do cuidado em saúde.

Como reforço e expressão destes princípios e diretrizes, é com imensa satisfação que prefaciamos a publicação *Estratégias da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: experiências da Bahia*, que apresenta o esforço de gestores e dos trabalhadores na busca por desenvolver ações comprometidas com as políticas públicas de saúde do estado. Desta forma, através da sistematização e reflexão sobre as experiências desenvolvidas pelos trabalhadores que compõem a SUPERH, esperamos contribuir para um maior embasamento técnico, político e pedagógico no âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Washington Luiz Abreu de Jesus

Superintendente de Recursos Humanos da Saúde da Sesab

APRESENTAÇÃO

Estratégias da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: experiências da Bahia

Jorge José Santos Pereira Solla

Desde 2007, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) tem buscado implementar políticas de qualificação e valorização dos recursos humanos no processo de construção do SUS.

Nesse contexto, a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) firmou compromissos e desenvolveu ações que nortearam a elaboração e implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES).

A PEGTES é fruto de um processo coletivo de construção que envolveu diversos trabalhadores, gestores e dirigentes dos diversos setores da Sesab. Estes atores buscaram descrever o papel que cabe ao Estado no que tange à reorientação da formação dos trabalhadores e da transformação das práticas de atenção à saúde.

Neste contexto, a Educação na Saúde se apresenta como uma estratégia técnico-político-pedagógica que potencializa a Gestão do Trabalho, visando não apenas qualificar os trabalhadores, mas também melhorar a atenção, a gestão do sistema de saúde e o controle social.

Com esta publicação, a Sesab reafirma o compromisso com o fortalecimento do SUS. *Estratégias da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: experiências da Bahia* é uma produção histórica, cultural e política construída por trabalhadores da saúde, agentes transformadores de seus saberes e práticas. Autores de trajetórias diversas, técnicos e gestores buscam dar conta dos desafios da prática através de relatos de experiência ou pesquisas acadêmicas, possibilitando a rica articulação entre a produção do conhecimento e a atuação profissional.

O capítulo introdutório, escrito pelas gestoras que estiveram à frente da SUPERH no período de 2007 a 2012, apresenta os marcos que caracterizaram o processo de estruturação, implantação e implementação da Superintendência e da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES), constituindo-se em um rico material para a reflexão em torno das facilidades e dificuldades de implementação da política de saúde no âmbito estadual.

Os capítulos seguintes buscam o aprofundamento do debate em torno dos princípios e diretrizes adotados como referencial para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS – Ba. As ações estratégicas desenvolvidas são apresentadas a partir de seus dois grandes eixos: Gestão do Trabalho e gestão da educação na saúde.

Na Gestão do Trabalho, considera-se a importância do processo de redemocratização do trabalho e da valorização do trabalhador no âmbito do SUS. O primeiro capítulo deste eixo relata a experiência de diálogo e negociação em decorrência da implantação/implementação da Mesa Setorial de Negociação Permanente da Sesab, e os resultados alcançados neste processo, em especial, a criação do PCCV (Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos da Sesab), destacando o Programa de Avaliação de Desempenho dos Trabalhadores da Sesab (PAD) e a elaboração e implantação do Processo de Dimensionamento da Força de Trabalho.

A pauta do cuidado com o profissional de saúde é tratada no capítulo seguinte através de uma reflexão acerca dos processos de criação e implantação do *Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (PAIST)*. Na sequência, a atuação da Coordenação de Humanização no Estado na Bahia está presente através da experiência do Programa PermanecerSUS enquanto estratégia que adota o acolhimento como componente orientador do processo de formação profissional do futuro trabalhador do SUS e dos modos de operar em saúde.

Outra iniciativa de busca do fortalecimento do SUS, desta vez no campo da participação e do controle social, é descrita no capítulo em que os autores analisam a inserção do MobilizaSUS na agenda política da saúde na Bahia e o seu processo de implantação e implementação.

Ainda sobre a área da Gestão do Trabalho, o capítulo subsequente apresenta os resultados de uma pesquisa de avaliação de satisfação realizada com coordenadores médicos de unidades hospitalares de Salvador, buscando contribuir para a reflexão sobre as ações direcionadas para a retenção dos profissionais da saúde em seus postos de trabalho.

Na esfera da ordenação dos recursos humanos, são relatadas as ações desenvolvidas em momentos pontuais da vida do trabalhador: a contratação e a aposentadoria, início e fim do percurso funcional do servidor. São abordados os procedimentos relativos ao processo de avaliação do estágio probatório, ressaltando-se a importância do Concurso Público. O próximo texto apresenta as estratégias que vem sendo executadas pela Secretaria na tentativa de buscar a reestruturação dos trâmites dos processos de aposentadoria.

O eixo educação na saúde é amplamente discutido através do relato de ações e experiências da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP) e a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), escolas de formação do SUS promotoras do estabelecimento de perfis profissionais condizentes com as especificidades demandadas no setor saúde.

Esta seção começa com um tema de grande importância para subsidiar a formação dos trabalhadores do SUS: a relevância da Educação a Distância enquanto estratégia da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Sesab. Sobre diferentes perspectivas, as autoras dos capítulos iniciais refletem sobre a utilização das tecnologias de informação e comunicação para mediar projetos estratégicos de educação permanente em saúde, visando a democratização dos processos de qualificação profissional dos trabalhadores.

No âmbito da EESP, dando continuidade a instigante articulação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho, os autores dedicam-se à discussão acerca da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (RIETS) como estratégia importante e desafiadora para a reorientação da formação profissional em saúde. O capítulo sobre a regulação de campos de prática na rede SUS relata os trâmites, desafios e avanços do processo regulatório dos estágios obrigatórios dos cursos de saúde. Em seguida, visando investigar aspectos relativos aos perfis profissionais e aos processos pedagógicos da formação em saúde, são apresentados os resultados de uma pesquisa acadêmica que buscou analisar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais no curso de graduação em fonoaudiologia no Estado da Bahia.

A atuação da EFTS, que promove a educação profissional em saúde, por sua vez, está retratada no capítulo que descreve o processo de construção do currículo integrado por competências no curso Técnico em Enfermagem, enquanto estratégia de formação que busca desenvolver a capacidade de articular saberes, conhecimentos, experiências individuais e coletivas capazes de resolver os desafios enfrentados no cotidiano do trabalho, tendo como base a atenção à saú-

de humanizada. Seguindo nesta mesma linha de analisar a implementação da política de educação permanente, o último capítulo faz uma análise do modelo de gestão utilizado para o desenvolvimento do curso de Agente Comunitário de Saúde.

Ao promover o compromisso social de disseminação dos conhecimentos através da divulgação das experiências, inovações e desafios encontrados durante a implementação da política da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde na Bahia, este livro espera favorecer a compreensão sobre a complexidade e importância deste campo de atuação e sua contribuição para a humanização da atenção à saúde e democratização da gestão do SUS.

INTRODUÇÃO

Superintendência de recursos humanos: políticas e ações no campo da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Telma Dantas Teixeira de Oliveira¹

Isabela Cardoso de Matos Pinto²

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, está marcado em seus avanços pelas conquistas da sociedade civil organizada que lutou pela sua criação, e enfrenta desafios imensos, particularmente no que diz respeito à estabilização das fontes de financiamento, objeto de disputas políticas acirradas no âmbito dos poderes Legislativo e Executivo, bem como na área de recursos humanos, um dos “nós críticos” do processo de mudança da gestão e da atenção à Saúde no país. Paim (2012) aponta ainda grave crise relacionada ao financiamento e a ausência de uma carreira pública para os trabalhadores, com as características historicamente defendidas: concurso público como única forma de ingresso, tempo integral e dedicação exclusiva para as áreas estratégicas e para todos os trabalhadores desse SUS, que hoje depende da mobilização das mesmas forças sociais que o criou, para que possa continuar avançando na perspectiva de atendimento universal. As diretrizes e premissas das leis orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 orientam e remetem a ordenação e formação de recursos humanos para o SUS, como responsabilidades das três instancias de governo: Federal, Estadual e Municipal. Quanto a definição das políticas voltadas ao processo de formação, pós-graduação e demais programas de Educação, estão previstos no art.27 da Lei 8080/90:

1 Professora de Saúde Coletiva, Enfermeira Sanitarista, Superintendente de Recursos Humanos da Sesab, no período de abril/2009 a agosto/2013.

2 Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva, Superintendente de Recursos Humanos da Sesab no período de Jan/2007 a Fev/2009.

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, 2011)

Ainda em relação ao arcabouço legal que orientam as políticas de RH, cabe salientar o recente Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa no SUS. Marco importante por definir estratégias para o atendimento às necessidades de Saúde de diversas redes temáticas com ênfase nas políticas que vem norteando o processo de Educação na Saúde, para as redes, a exemplo de materno-infantil, urgência e emergência, psicossocial e pessoas com doenças crônicas. (BRASIL, 2011)

No campo da estruturação dos serviços e reformas que, provavelmente, contribuíram para as mudanças e impactos na área de recursos humanos, recomenda-se registrar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) e a estruturação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, que passou a ocupar o primeiro escalão na estrutura do Ministério da Saúde, o que contribuiu significativamente para o fortalecimento e visibilidade da área, com acúmulo de poder e expansão de competências. Em 2005, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde publicam os Princípios e Diretrizes para a Gestão do trabalho no SUS, com o objetivo de contribuir para a valorização do trabalhador no SUS, considerando os aspectos técnicos, políticos, jurídicos, e financeiros. (BRASIL, 2005)

No que tange a formação, a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com definição dos principais eixos e diretrizes estabelecidos na Portaria GM/MS nº 198 de 13/02/2004, posteriormente alterada pela Portaria nº 1996 de 20/08/2007, vem impulsionando os estados e municípios, produzindo reformulações estruturantes para o enfrentamento dos grandes desafios a serem superados nessa área.

No bojo das reformas e ampliação dos debates em torno dos desafios para o desenho de políticas norteadoras da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cabe destacar o esforço desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) através da Superintendência de Recursos Humanos

(SUPERH) que assumiu, a partir de 2007, o compromisso de elaborar um amplo diagnóstico identificando os principais problemas a serem enfrentados na área. No campo da Educação na Saúde, um dos desafios identificados foi superar a inadequação dos processos pedagógicos, administrativos e financeiros para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores às necessidades do SUS-Bahia. (PINTO; TEIXEIRA, 2011)

As questões relacionadas à Gestão do Trabalho implicaram na superação dos desafios relacionados à precariedade dos vínculos, condições de trabalho, na insuficiência de espaços de negociação permanente em Saúde, dificuldade na implementação e estratégias para valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde e na revisão e regulamentação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos. (BAHIA, 2007) De fato, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia inicia uma nova etapa no processo de construção do SUS estadual, marcado pelo esforço de fortalecimento da gestão da política de Saúde estadual. Essa experiência vem sendo sistematizada pela equipe técnica envolvida diretamente na condução do processo, e se constitui em rico material para a reflexão em torno das facilidades e dificuldades de implementação da política de Saúde no âmbito estadual.

Nesse sentido, o capítulo tem como objetivo apresentar os marcos que caracterizaram o processo de estruturação, implantação e implementação da SUPERH e da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), a partir do ano de 2007, destacando as ações e atividades desenvolvidas no período.

O percurso metodológico para o desenvolvimento desse trabalho caracterizou-se por uma compilação de achados que tomou como base de referência os depoimentos dos gestores, assessores e técnicos, através dos relatos sobre as diferentes percepções em relação às práticas e o universo do trabalho, assim como as vivências nos espaços do colegiado de gestores. Tomou-se também como instrumento de investigação os diversos registros, especialmente sob a forma de relatórios, sumários executivos, cartilhas, boletins informativos, em especial o boletim *InfoSaúde-RH* e revisão bibliográfica. Foram também consultados documentos oficiais, como leis, decretos, portarias e instruções normativas referentes ao tema deste capítulo.

Panorama da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e expansão da oferta de serviços, com ênfase na municipalização e ampliação da participação dos mu-

nícios, ocasionou mudanças significativas no aumento do número de postos de trabalho e na estruturação da força de trabalho em Saúde. Esta característica organizativa e gerencial do sistema requer equipes gestoras capazes de dar respostas adequadas ao processo de universalização e oferta de uma atenção em Saúde de boa qualidade. (MEDEIROS; TAVARES, 2012)

A constituição do SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de planejar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em Saúde, uma vez que os princípios da universalidade, integralidade e igualdade da assistência implicaram em uma reformulação profunda na estruturação dos recursos humanos em Saúde. (MACHADO; KOSTER, 2012)

A prerrogativa constitucional do SUS de responsabilização com os trabalhadores do setor remete a uma série de desafios. Nesse sentido, o Estado brasileiro vem fomentando e implementando várias iniciativas na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, representadas principalmente por estratégias desencadeadas a partir de 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, quando o Ministério da Saúde assume o papel de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores no Brasil, área considerada crítica para a sustentabilidade das ações que reorientam o modelo de atenção à Saúde como a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De fato, vem sendo implementada um conjunto de políticas estratégicas e indutoras para a qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação nas instâncias federadas que incluem desde ações articuladas a instâncias da esfera Federal (Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Trabalho), qualificação da gestão nas secretarias municipais de Saúde (SMS) e secretarias estaduais de Saúde (SES), além da parceria com as instituições formadoras para o desenvolvimento de ações com vistas a formação dos trabalhadores do SUS. Dentre as estratégias se destacam: Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCV), Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), Mesa de Negociação do Trabalho, Sistemas de Informação e Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS/ProgeSUS. (PIERANTONI; GARCIA, 2012)

Com estruturas próprias, conhecimentos, saberes e práticas pertinentes, essa área se firmou ao longo dos últimos 45 anos dentro das instituições governamentais de serviços, nas universidades, nas escolas técnicas, escolas de saúde pública e nas entidades de representações de trabalhadores. Foi construída uma identidade própria para a área de recursos humanos reconhecida mais recentemente como área de trabalho e Educação. (PINTO et al., 2013)

Histórico da configuração institucional da superintendência de recursos humanos: do Cetre a SUPERH

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, caracterizada como instituição, guarda especificidades, decorrentes dos processos históricos e das políticas públicas priorizadas pelos diferentes governos ao longo dos últimos 40 anos. Vem, portanto, passando por diferentes movimentos impulsionados pela dinâmica social, econômica e política, com reflexos significativos na área hoje denominada Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A recuperação histórica e contextualização das políticas a partir dos estudos de Padilha (1976), Teixeira (1982) e Aleluia, Couto e Oliveira (2006) nos remetem aos poucos estudos publicados nesse campo e revelam a composição dos diferentes órgãos de recursos humanos. O primeiro a ser instituído foi o Centro de Treinamento (Cetre), em 1973, no bojo da reforma administrativa com a institucionalização da Fundação de Saúde do Estado (Fuseb), através da Lei n. 3.104, de 28 de maio de 1973, voltado para a “capacitação de pessoal em vários níveis, principalmente de pessoal de nível médio em todo o interior do Estado”. Logo após a instauração do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), amplia-se o órgão incorporando o Núcleo de Documentação e Informação e a Biblioteca para dar início ao “Projeto Larga Escala”. (ALELUIA; COUTO; OLIVEIRA, 2006)

Na efervescência da ampliação dos Programas de Assistência Sanitária Simplificada, algumas iniciativas foram desencadeadas, a exemplo da formação de sanitaristas pela Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Osvaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. No bojo deste contexto inclui-se também a reestruturação da Fuseb, órgão que, após visível crescimento decorrente das demandas por capacitação e informação, passa a denominação de Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU), em 1980. Vale ressaltar que o referido órgão já contava com uma estrutura que possibilitou a incorporação dos setores de recrutamento e seleção, planejamento e pesquisa, além do setor de cargos e salários.

As políticas de modernização implementadas no período de 1974 a 1980 estavam direcionadas para as práticas e valorização dos “aparelhos formadores” de recursos humanos e reaparelhamento do estado, focados no processo de descentralização e democratização da Saúde, na ampliação dos movimentos sociais, na convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e no debate em torno da proposta de reforma sanitária brasileira fortalecida nos espaços da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).

A partir de 1987, no decorrer do movimento de redemocratização do Brasil, em que as forças democráticas lutavam em defesa dos direitos sociais, democracia, resgate da cidadania e pela reforma sanitária brasileira, assumem o governo da Bahia forças políticas comprometidas com o rompimento do autoritarismo e com a participação no governo de novos partidos. Nesse período ocorre uma profunda reestruturação da Sesab, com a Lei Estadual nº 4.697 de 15 de julho de 1987. Essa lei estabelece mudanças no órgão de recursos humano e, portanto, o CENDRHU passou a denominar-se de Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NDRHU), com ampliação das suas competências no campo da descentralização, infraestrutura de recursos e remuneração de pessoal, capacitação gerencial entre com o objetivo de atender as disposições contidas nas proposições da VIII CNS. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

O governador se afasta, em 1989, e o Estado passa por um período de mudanças políticas, marcado por conflitos, greves e manifestações populares e o NDRHU é modificado por força do Decreto nº 684 de 18 de novembro de 1991, que institui novo Regimento, mudando a nomenclatura do NDRHU para Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU). Portanto, este órgão passou a assumir novas atribuições e a sua estrutura passou a contar com uma Unidade de Formação Técnica (Ufortec), fruto de uma luta de profissionais de Saúde e entidades sindicais representantes de Enfermagem, atores que já defendiam a profissionalização na Bahia, e a fundação de uma escola de formação técnica que garantisse a todos os atendentes, de nível médio e elementar, a complementação educacional e a formação profissionalizante, destinada aos 30 mil (aproximadamente) atendentes de enfermagem, da rede pública e privada, que não possuíam formação para o exercício profissional no estado.

Na Bahia, a Ufortec foi consolidada, após muitas resistências do poder instituído, para atender a formação dos trabalhadores através das duas escolas de auxiliar de enfermagem, reconhecidas pelo sistema formal de ensino, sendo uma da Sesab e a outra do Inamps, ambas integrantes do SUS-Ba, voltadas para oferecer cursos aos atendentes de Enfermagem, categoria extinta pela Lei Federal nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Os dois cursos, da Sesab e do Inamps, posteriormente, foram unificados, os profissionais absorvidos e a Ufortec desapareceu após a institucionalização da Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS), em 1995. (ALELUIA; COUTO; OLIVEIRA, 2006)

Em consonância com os movimentos ocorridos no âmbito nacional, na Bahia, a década de 1990 é marcada pelas resistências às medidas de implantação do SUS, porém o órgão de desenvolvimento de recursos humanos, que contava

com uma equipe de sanitaristas comprometida com a RSB, manteve-se fiel na defesa do Sistema Único de Saúde e do NDRHU, dando continuidade aos programas e projetos de qualificação dos trabalhadores, quais sejam: capacitação pedagógica de supervisores, capacitação de gestores, expansão da residência médica, assim como a ampliação das especializações em articulação com o Ministério da Saúde e a implantação do Projeto de Participação Popular e Controle Social no SUS- BA.

A criação de uma nova estrutura para responder aos processos Educação, comunicação e informação na Sesab ocorreu no ano de 1999, quando a instituição modifica novamente o seu regimento, a partir do Decreto nº 7.546, de 24 de março, quando foi extinto a CENDRHU e criada a Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde (Supecs).

Integra a essa nova estrutura a Ufortec, já como uma Diretoria da Escola de Formação Técnica Professor Jorge Novis, fato histórico, grande vitória dos movimentos populares, dos trabalhadores de nível médio (em especial dos atendentes), dos militantes do SUS e sindicalistas, organizados nos conselhos de Saúde e entidades de classe. Registra-se o crescente movimento pela descentralização dos serviços de Saúde, a atenção básica se expande, aumentando os anseios pela mudança do modelo assistencial e implantação da Estratégia Saúde da Família (PSF) no país.

No seguir das reivindicações dos trabalhadores, a Supecs apresenta uma proposta de cargos, carreira e vencimentos do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde e identificam-se necessidades de atuação específica na área de gestão e da atenção com a formação de especialistas. No final de 2001 foi criada a Escola Estadual de Saúde Pública (Eesp), concebida para atender as necessidades de preparar os trabalhadores do SUS, profissionais de nível superior, para atuar como “formadores” nos diversos níveis dos serviços de saúde. Fortalece a concepção do ensino em serviço, já fortemente experimentado na formação dos auxiliares de Enfermagem, através dos cursos descentralizados e dos programas de residência médica, fortalecendo também as articulações e parcerias com as universidades e instituindo-se os polos de Educação permanentes em Saúde (em 2003). Pela primeira vez foi discutida a possibilidade de criar uma “[...] Fundação Escola de Saúde Pública à semelhança da existente na Secretaria de Saúde do Ceará”, proposta originária dos técnicos e dirigentes da CENDRHU. (ALELUIA; COUTO; OLIVEIRA, 2006)

Em 2004, no contexto de reestruturação da Sesab, aprova-se a proposta de integração da diretoria de administração e da diretoria de desenvolvimento de

recursos humanos à estrutura da Supecs, o que a torna mais abrangente, diminuindo a dicotomia até então prevalente entre administração de RH e Educação permanente dos trabalhadores, na Sesab.

O Decreto nº 10.139 de 10 de novembro de 2006 aprovou o Regimento Interno da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), a menos de dois meses da posse de um novo governo, já eleito. Ainda assim, o referido regimento foi alterado pelo Decreto nº 10.180 de 14 de dezembro de 2006. A alteração regimental objeto desse Decreto teve como finalidade apenas incluir na estrutura a diretoria de planejamento e gestão de recursos humanos, uma coordenação de Gestão do Trabalho, com atribuições antes inerentes à coordenação de planejamento de recursos humanos.

O processo de implantação da SUPERH

O cenário político configurado no Estado a partir de janeiro de 2007 redefine o perfil dos dirigentes a nível estadual. A equipe gestora da Secretaria da Saúde assumiu, entre outros compromissos,

[...] a superação da precarização das relações e condições de trabalho e remuneração dos trabalhadores de saúde, com destaque para os agentes comunitários de saúde, a organização dos serviços e atuação dos profissionais de saúde [...] e a responsabilização de gestores, gerentes e profissionais para prestar o melhor cuidado possível dentro das condições limitadas em termos financeiros e operacionais. (BAHIA, 2007)

A área de recursos humanos, portanto, foi considerada prioridade, o que se traduziu na necessidade imediata de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Nessa perspectiva, o primeiro movimento da equipe gestora foi fazer uma análise dos problemas existentes no que tange a estrutura organizacional, funções, práticas de planejamento e avaliação dos processos de trabalho.

Foram identificados, mediante a realização do plano de análise, problemas relacionados ao campo da Gestão do Trabalho e de Educação permanente, cabendo destacar: qualificação profissional deficiente no tocante ao desempenho no âmbito do SUS, processos formativos sem as devidas articulações com os programas de atenção à Saúde, pontuais articulações com instituições de ensino técnico e superior em Saúde, acompanhamento pedagógico ineficiente, processos de Educação em Saúde desarticulados ao projeto político do SUS e inadequa-

dos à suas necessidades, baixa capacidade de oferta de cursos e incorporação tecnológica e desarticulação entre produção do conhecimento e necessidades de gestão do cuidado em Saúde. No âmbito da administração de RH e de Gestão do Trabalho destacam-se, especialmente, aqueles relacionados à implantação de um plano de cargos e salários e vencimentos (PCCV), infraestrutura administrativa, operacional e logística inadequadas de trabalho, desconhecimento do perfil da força de trabalho, precarização das relações e dos vínculos e melhores condições de trabalho, processos de concessões de gratificações, direitos e vantagens distorcidas, considerados como os grandes desafios a serem priorizados.

A elaboração do novo Regimento da Sesab, iniciado em janeiro de 2007, sob a responsabilidade da coordenação de controle interno, envolveu todas as superintendências. Na SUPERH, o processo de revisão e formulação das competências desse setor deu-se de forma participativa, envolvendo no processo não só os gestores, como também assessores e técnicos da referida superintendência. Como consequência, o processo de formulação do novo regimento criou oportunidades de pensar e planejar o processo de trabalho e as relações técnicas e sociais nele envolvidas como um espaço significativo de aprendizagem e acúmulo institucional, além de equilibrar essas atividades em um todo harmônico, sem perder de vista que o processo organizacional e sistêmico. (BAHIA, 2008)

O trabalho de elaboração estendeu-se por todo o ano de 2007 e muitas foram as versões construídas e posteriormente revistas, de modo a alinhar as expectativas e necessidades da SUPERH às definições do Sistema Estadual de Administração, sob a responsabilidade da Secretaria da Administração do Estado da Bahia – Saeb, que, na condição de órgão sistêmico, tem entre as suas atribuições a proposição e institucionalização da política de recursos humanos e busca uma maior homogeneização na terminologia usada pelas outras secretarias de estado. Permaneceu, assim, a denominação de Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), não sendo aprovada a denominação proposta, Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que, de fato expressa a sua abrangência de composição estruturante que engloba a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (BAHIA, 2008)

Portanto, a estrutura organizacional da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) integra o organograma geral da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e está hierarquicamente interligada ao Gabinete do Secretário de Saúde (Gasec) e, partir de 2008, passa a contar na sua estrutura com quatro diretorias, assessorias, coordenações técnicas, órgãos de apoio administrativo e uma coordenação financeira.

As principais competências dessa superintendência, através da atuação integrada de suas quatro diretorias, estão voltadas para planejar, elaborar estudos, propor, executar, coordenar, acompanhar, avaliar, cooperar, apoiar e executar as políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em consonâncias com as demais superintendências e suas respectivas redes assistenciais da Sesab. (BAHIA, 2008)

Sua composição organizacional conta quatro diretorias: a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGETS) tem por objetivo promover a implementação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e coordenar os processos de Gestão do Trabalho e da Educação Popular, buscando prioritariamente qualificar a atenção e a gestão em saúde do SUS/BA, na perspectiva do controle social, da humanização e da atenção à Saúde. A Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde (DARH) efetiva sua atuação através de ações que visam planejar, promover, coordenar, supervisionar, controlar, avaliar e gerenciar as atividades de administração de pessoal e do banco de dados de RH e responde hoje pela formulação e implantação das políticas de gestão de recursos humanos, em conformidade com o Estatuto do Servidor, Lei 6667/1994. (BAHIA, 1994) A Diretoria da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS) desenvolve ações para a formação e Educação permanente dos trabalhadores de nível médio do SUS-BA, bem como a capacitação técnico-político e pedagógica dos profissionais de nível superior para o desenvolvimento de suas atividades docentes. A Diretoria da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (Eesp) coordena a formulação, implementação e avaliação da política de Educação permanente em Saúde, no Estado da Bahia, considerando prioridade a gestão, o ordenamento da formação e a qualificação de profissionais de saúde de nível superior.

Desafios na implantação de um novo modelo de gestão

No Brasil, o processo de institucionalização dessa área ocorreu a partir de 1998, com a publicação da primeira versão dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), instrumento que gerou grande polêmica entre os gestores, elaborada a partir das bases de deliberações da 10ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação dos conselhos e profissionais de Saúde.

Consubstanciada a partir dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, a NOB/RH-SUS instituiu orientações fundamentais dos processos

imprescindíveis sobre as atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, estaduais e federais acerca da Gestão do Trabalho no SUS, tais como: planejamento estratégico, gestão colegiada das ações, serviços e projetos; indicação da necessidade de implantação e revisão dos planos de carreira, cargos e salários, diretrizes para a política de Saúde ocupacional para o trabalhador do SUS, dentre outros princípios, tem o mérito de propor estratégias importantes para avançar, porém não resultou em significativas mudanças nas práticas dos gestores, em todos os níveis no país. (BRASIL, 2005)

No decorrer das tentativas de implantar a NOB/RH-SUS, com a realização de amplo movimento em torno da importância desse instrumento, o Conselho Nacional de Saúde, por meio de oficinas regionais, discutiu a valorização do trabalhador do SUS e a necessidade da aplicação de mecanismos efetivos de gestão que pudessem conferir novos significados às práticas na administração, na gestão de serviços e na Educação de forma efetiva e operacional.

No país, entretanto, as reformas impulsionadas pela redução do Estado e reformas administrativas, por consequência, as normatizações administrativas desfavoráveis à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, foram as possíveis razões da precarização dos vínculos e da insuficiente valorização das políticas e diretrizes voltadas para os trabalhadores do SUS. (NOGUEIRA, 1997)

Na Bahia, o cenário encontrado pela Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH), em 2007, sinalizava para a existência de um sistema gerencial anacrônico, descolado dos movimentos de modernização que poderiam ampliar a participação dos trabalhadores no processo decisório, mantendo práticas de gestão de pessoas defasadas, justamente no momento em que todo o debate em torno da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde evidenciava a importância de ampliar o nível de participação e de autonomia. (BAHIA, 2007) As questões identificadas no âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, predominantemente, estavam relacionadas à precariedade dos vínculos, relações e condições de trabalho, dificuldade na regulamentação do Programa Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador da Saúde. Acrescidos da incompreensão da importância da Educação permanente em Saúde por parte da maioria dos gestores, profissionais e trabalhadores de Saúde e baixa capacidade de oferta e acesso insuficiente a processos educativos e formativos. (BAHIA, 2007)

Pouca ênfase era dada à qualificação e valorização do trabalho e dos trabalhadores, abordagem que provocou um processo de crescente desmotivação e

desvalorização do capital intelectual da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

Em um contexto caracterizado pela centralização decisória e fragmentação do processo de trabalho, viu-se a SUPERH diante de um complexo desafio: mudar o sistema de gestão e, ao mesmo tempo, investir no desenvolvimento dos seus trabalhadores, rompendo obstáculos entre diretorias e coordenações e incentivando a adoção de tecnologias de gestão integrada e participativa. Estava claro, entretanto, que para o trabalhador se sentir protagonista de um processo de mudança seria necessário mobilizá-los, envolvê-los no processo de tomada de decisões. Desse modo, e consciente que a variável “participação” é fundamental para a construção de um novo modelo de gestão, era imperativo criar espaços que permitissem aos trabalhadores contribuir para a construção de uma nova realidade organizacional. Foram criados os colegiados gestores de superintendentes, coordenado pelo secretário de Saúde, e os respectivos colegiados de cada superintendência e respectivas diretorias.

Nessa perspectiva investiu-se na gestão participativa, ampliando o debate e envolvimento do corpo funcional para a democratização das relações de trabalho e eficácia administrativa. Foi instituído, ainda em 2007, o colegiado de gestão da SUPERH, com vistas não só a discutir e decidir sobre o planejamento, acompanhamento e avaliação das diretrizes estratégicas e dos planos de ação desenvolvidos na superintendência, de forma participativa e transparente, como também levar os trabalhadores a buscar inovações e melhorias e, sobretudo, a instituir o espaço de apresentação de projetos e propostas, com liberdade e autonomia. (BAHIA, 2008) O colegiado de gestão é composto pelo superintendente, diretores, assessores e técnicos da SUPERH e reúne-se semanalmente, objetivando, prioritariamente, o compartilhamento de informações, o alinhamento das ações das diversas unidades, a análise dos indicadores, o desempenho das atividades e a proposição de ações de melhoria na gestão, assumindo a função efetiva de principal espaço de gestão participativa.

Dando seguimento à implantação do modelo e buscando o alinhamento de todo o coletivo da SUPERH com as suas ações efetivas, assegurando a consecução dos objetivos maiores da organização, foram implantadas as reuniões ampliadas do colegiado de gestão, envolvendo os coordenadores e a assessoria e técnicos das diversas diretorias e as reuniões ampliadas dos colegiados.

Os demais relatos acerca do modelo de gestão instituído na SUPERH, obtidos através do depoimento dos gestores, assessores e técnicos do órgão, apontam para vários fatores, dentre os quais cabe destacar:

Compreensão dos objetivos e metas definidos nos instrumentos de planejamento institucional e disposição em alcançá-los de forma compartilhada; ampliação do nível de responsabilidade, liberdade e independência das pessoas; clareza em relação aos objetivos e expectativas de desempenho das diretorias, suas coordenações e equipes; ampliação da capacidade de trabalhar no coletivo e de forma coordenada; Instituição de um conjunto de saberes e práticas, construídos no coletivo e compartilhados por todos os trabalhadores; ampliação da capacidade de lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna; criação de uma ambiência capaz de catalisar e potencializar o desempenho da equipe; melhoria nos processos de comunicação interpessoal e intersetorial; coerência entre planejar e o fazer da superintendência; compartilhamento de opiniões acerca destes trabalhos possibilitando a todos contribuir para o seu aprimoramento; otimização das atividades comuns, evitando duplicidades; conhecimento dos projetos e origem dos recursos financiados.

A aplicação de um modelo de gestão participativa, tendo como seus principais instrumentos os colegiados de gestão e colegiados ampliados de superintendentes, no âmbito da SUPERH e da Sesab, resultou no desenvolvimento de lideranças e competências organizacionais que impulsionam o fazer da SUPERH, solucionando conflitos interpessoais e intersetoriais, otimizando o desempenho da área e consolidando uma cultura organizacional pautada no compartilhamento, no diálogo, na construção coletiva e na busca constante de novos e cada vez maiores padrões de eficácia, inovação e qualidade. A opção pelo modelo da gestão participativa e da compreensão do trabalho como princípio educativo são pressupostos que nos levam a ratificar os espaços de produção de Saúde como espaços de Educação – “O SUS é uma Escola”. (PINTO; TEIXEIRA, 2011)

As políticas e práticas de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde na Bahia

No âmbito nacional, são instituídas, a partir de 2007, as novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela

Saúde. Recomenda-se aos gestores dessa área considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em Saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de Educação na Saúde. Os principais eixos da política da SGTES, estabelecidas na Portaria GM/MS nº 198 de 13/02/2004, posteriormente alterada pela Portaria nº 1996 de 20/08 /2007, dispõe sobre novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, impulsionando o estado e seus municípios a definirem as suas políticas para esta área. (BRASIL, 2009c)

No estado da Bahia, as discussões em torno da necessidade de explicitação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde culminaram na elaboração coletiva da política, traçada pela equipe da SUPERH, a partir de 2007, tomando como marcos jurídico e normativo as diretrizes e princípios das Leis: Constituição Federal, artigo 200, inciso III e VI da Carta Magna, assim como das leis orgânicas da Saúde, nº 8.080/90, e 8142/90, Portaria nº 1.996/2007 Ministério da Saúde, que trata das Diretrizes Nacionais da Política de Educação Permanente, a Lei nº 11.350/2007, dentre outras, que asseguram mecanismos para a superação de um cenário, herdado de gestões anteriores, caracterizado por uma grande diversidade de problemas que aprofundavam a relação desigual e as iniquidades existentes entre os trabalhadores, gestores e usuários. (BAHIA, 2007)

Os desafios foram marcados pelo cenário de indefinição de políticas de valorização do trabalhados e do trabalho, que deveriam nortear as decisões no campo da Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, para superar os problemas e reestruturar os caminhos a serem trilhados em relação às necessidades identificadas, visando ampliação do acesso aos trabalhadores aos processos educativos e redirecionar as necessidades relacionadas ao ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

A primeira versão da política foi publicada e divulgada em 2008 e revista a partir de 2009, adotando-se uma metodologia que

tomou como princípio norteador a participação, compromissos e ações desenvolvidas que orientaram a elaboração e implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde – PEGTEPS, envolvendo trabalhadores, gestores e dirigentes dos diversos setores da Sesab, atores das instâncias colegiadas de deliberação e negociação da política de saúde estadual, notadamente os

municípios, através do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia – COSEMS/BA e da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, do Conselho Estadual de Saúde – CES, e das Comissões de Integração Ensino Serviços CIES, com ampla participação de representantes das instituições de ensino (públicas e privadas) que operam no Estado. (BAHIA, 2012b)

A nova política definiu as áreas de atuação buscando sistematizar e orientar a implantação e subsidiar o planejamento, acompanhamento e avaliação, estruturando-se em cinco grandes linhas: regionalização e descentralização da política, consolidação da Educação na Saúde, consolidação da Gestão do Trabalho em Saúde, gestão e qualificação do sistema de informação e desenvolvimento de estratégias de comunicação para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (BAHIA, 2012b)

Os movimentos no sentido de implantar as decisões originárias dessa política incidem, exatamente, na inclusão dos trabalhadores nos processos de decisão, tornando-os atores e sujeitos de suas práticas no desenvolvimento de processos de trabalho desprecariados, nos quais a valorização transpõe a mera dimensão técnica, investindo em instrumentos que potencializam sua dimensão ético-política, por meio da implementação de ações estratégicas e transversais, relacionadas ao fortalecimento da cidadania, à mudança e humanização de práticas e processos de trabalho. Portanto, o trabalhador passa a ser compreendido como sujeito histórico considerando suas dimensões políticas, culturais e sociais, expressas nas relações que estabelecem no cotidiano de vida e trabalho, valorização e geração de ambiência favorável à motivação, comprometimento e desempenho das pessoas e democratização das relações de trabalho promovendo uma gestão participativa e solidária. (BAHIA, 2012b)

Inicia-se um amplo debate através de oficinas sobre Educação permanente como estratégia que considera o trabalho como princípio educativo, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho, utilizando-se a problematização como dispositivo metodológico que favorecem a apropriação ativa de conhecimentos e experiências que subsidiem a reorientação da formação, das práticas e dos processos de trabalho, adotando também tecnologias educacionais inovadoras, a exemplo de Educação a distância (Ead), visando a capilarização e democratização dos processos de qualificação profissional dos trabalhadores da Saúde.

A democratização do acesso a qualificação a partir da criação da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), implantada em 2010, solidificou processos e parcerias com universidades e vem fortalecendo as escolas do SUS-Ba. A Educação permanente, de acordo com a referida política, destina-se ao setor público e às equipes multiprofissionais, visando à transformação das práticas e articulando-se com os problemas cotidianos do fazer das equipes de Saúde, inserindo-se, assim, de forma institucionalizada no universo do trabalho, adotando práticas pedagógicas voltadas para a solução de problemas.

A estruturação da Gestão do Trabalho visando à regulação, regulamentação e despreciação do trabalho em Saúde e da gestão da Educação na SUPERH requer uma prática intersetorial no desenvolvimento das ações necessárias para viabilizar a execução das metas propostas. Nesse sentido, cabe ressaltar a articulação com as instituições de ensino principalmente a partir da institucionalização da Comissão de Integração Ensino Serviços (Cies) e a introdução de mudanças curriculares nos cursos e partir do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) e a implementação de propostas inovadoras de Educação permanente em Saúde com ênfase na constituição de redes integradas de Educação-Trabalho, visando a redução da distância entre o ensino e os cenários de prática no campo da Saúde.

A formação pedagógica dos profissionais de Saúde, iniciada com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980, no calor do debate acerca da profissionalização dos trabalhadores de nível médio, cujas experiências, inicialmente vivenciadas, foram apoiadas no pioneirismo do “Projeto Larga Escala” através dos cursos descentralizados de auxiliares de Enfermagem, na Bahia, nos quais já se adotava a problematização como metodologia, hoje revista e retomada pelas escolas técnicas do SUS, encontra-se em pleno desenvolvimento como complementação profissional de auxiliares para técnicos de Enfermagem. A respeito dos diferentes formatos dos cursos, as escolas vêm avançando para a capacitação técnico pedagógicos de supervisores, instrutores/mediadores da aprendizagem, em um grande movimento de diferentes matizes, formatos e modalidades de cursos para a formação desses atores, denominados de mediadores, objetivando atender as necessidades do cuidado aos usuários do SUS, a prestação da atenção à Saúde, com base na Portaria nº 4.279 de 30/12/2010, que regulamenta as diretrizes para a organização das redes de atenção à Saúde e o Decreto nº 7.508/2001, que regulamenta a Lei 8080/90, que dispõe sobre a organização, o planejamento a assistência e a articulação interfederativa do SUS. (BAHIA, 2012a)

O planejamento na SUPERH vem sendo desenvolvido com novas ferramentas, mediante a organização do grupo de trabalho – GT, composto por representantes de todas as superintendências. O Plano Estadual de Educação na Saúde para 2013-2014, com ênfase nas redes de atenção e vigilância, foi sistematizado em 2013, tomando como referência os estudos de Schall e Struchiner (1999). Este plano é resultado dos avanços nas articulações entre as superintendências, inovando no planejamento na perspectiva da compreender o sentido de Educação na Saúde enquanto prática de educativa que

[...] se configura como caminho integrador [...] e espaço de reflexão – ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas, a fim de contribuir para a transformação social. (BAHIA, 2012a)

Outro aspecto relevante é a cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento das ações estratégicas na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com ênfase no apoio à implementação da Educação permanente dos trabalhadores do SUS, cujas atividades desenvolvidas estão sendo consubstanciadas por diversas parcerias e ações que possibilitaram a implantação de projetos no âmbito dos municípios, estabelecendo parcerias, articulando atores para o processo de regionalização e descentralização da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde visando consolidar a rede de integração Educação-Trabalho, implementação dos núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – NUGTES, e fortalecimento da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço – Cies Estadual, de forma a atender as demandas por apoio técnico e pedagógico destinados aos trabalhadores do SUS.

As diretrizes da Política de Gestão do Trabalho propõem espaços permanentes de negociação com as organizações representativas dos gestores, dos profissionais e trabalhadores de Saúde para estabelecimento de acordos e pactos relacionados à despreciação dos vínculos e melhoria das condições e relações de trabalho. Nesse sentido, a implantação da Mesa Estadual de Negociação Permanente da Saúde (Menp), composta por representações da gestão (Sesab e Saeb) e representação dos trabalhadores, através de suas entidades representativas (Sindsaude, Sindimed e Fetrab) e do Plano de Cargos Carreiras e Vencimen-

tos (PCCV/Sesab) são ações que representam o interesse da gestão em planejar monitorar e avaliar os trabalhadores da Saúde, diminuindo as desigualdades e investindo nas necessidades. As políticas estabelecem o fortalecimento do processo de formulação, implementação e avaliação das ações educativas e da Gestão do Trabalho na Saúde, desenvolvidas pelas instâncias gestoras do SUS, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Intergestora Bipartite – Cib-BA, e instâncias correlatas ao nível regional.

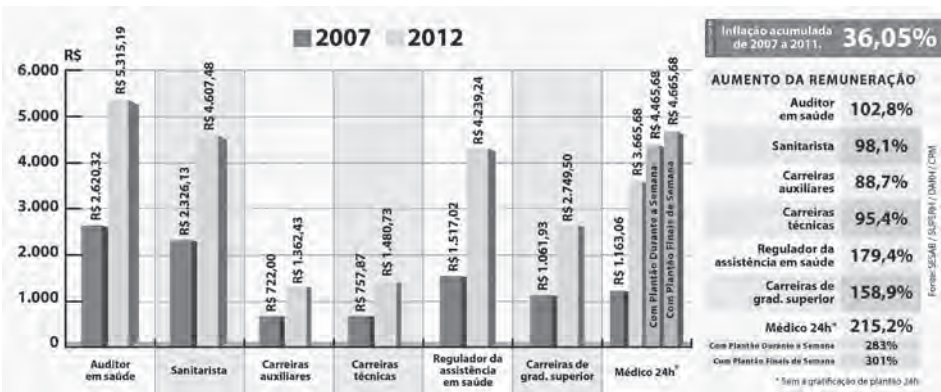
Marcos que caracterizam os avanços estaduais na área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Superar a ideia tecnicista do trabalho e Educação na Saúde torna-se um desafio para a SUPERH, que propõe políticas e programas como o Mobiliza-SUS, Humaniza-SUS, os Negets, desenvolvendo ações estratégicas e transversais, visando ao fortalecimento da cidadania, a humanização de práticas e processos de trabalho, com valorização do trabalhador da Saúde e da gestão participativa, especialmente através das mesas de negociação. O desenvolvimento dessas ações conduzem a processos educativos e organizativos que articulam entre si o planejamento participativo, a mobilização social, comunicação e avaliação, cujo resultado já envolveu 1.014 facilitadores municipais, assim como 164 municípios em 11 macrorregiões e 1.290 conselheiros municipais de Saúde em 12 macrorregiões do estado.

A Mesa Estadual Permanente de Negociação possibilitou a formulação de dois termos de acordos, contendo as macrodiretrizes para a revisão do PCCV, para atender diversas reivindicações dos servidores estaduais, revendo os valores salariais praticados, conforme Gráfico 1, bem com os reajustes nas Gratificação de Incentivo a Produtividade (Gid), nova matriz hierárquica de desenvolvimento na carreira, revisão de remuneração, estruturação na carreira em níveis (progressão) e classe (promoção), enquadramento por tempo de serviços e revisão específica para valorizar o grupo técnico administrativo. Portanto, os resultados dos “termos de acordo” assinados com as entidades sindicais, na Mesa Estadual de Negociação, garantiram os direitos trabalhistas de todos os servidores, incluindo aposentados e municipalizados, em conformidade com a Lei complementar nº 20.004, de outubro de 2012. Estas medidas apontam para a despreciação dos vínculos e condições de trabalho e para a valorização do trabalhador da Saúde, como estratégias políticas para o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão e administração da força de trabalho da Sesab. (BAHIA, 2012b)

Os ganhos salariais do estudo comparativo das remunerações das diferentes categorias profissionais, após o processo da instauração da mesa de negociação na Sesab, apresentados no Gráfico 1, relativos a 2007 a 2012, revelam percentuais que variam de 215% de aumento (para os médicos) e o menor de 88% para as carreiras dos auxiliares, que estão em grande processo de desaparecimento em decorrência da substituição dos auxiliares por técnicos, preponderantemente, na área de Enfermagem.

Gráfico 1 - Evolução dos ganhos salariais dos trabalhadores, por categoria profissional, no período de 2007 a 2012, na Sesab



Fonte: Informativo Sesab; INFOSAÚDE-RH, 2011.

O PCCV específico para a carreira dos médicos e reguladores da assistência foi objeto de revisão, sendo homologado pela Lei 12.822/2013, que atende as reivindicações da categoria e proporciona ganhos reais de 13% a 32% escalonados em duas etapas, respectivamente, julho de 2013 e abril de 2014, para regime de 24 horas semanais.

Nesse contexto, merece ainda destaque a implantação do novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da Sesab, que abrange, dentre outros avanços, a reestruturação do Grupo Ocupacional de Serviços Públicos de Saúde, a criação de novas carreiras, a exemplo de biomédico, engenheiro clínico, engenheiro químico, físico e químico, a implementação do processo de avaliação de desempenho, como uma importante estratégia para qualificação da gestão, a instituição de um novo padrão remuneratório, com a implementação da unificação de todas as gratificações, anteriormente existente, e a Gratificação de Incentivo ao Desempenho – Gid.

Em se tratando de avanços, a SUPERH vem implantando e desenvolvendo novas tecnologias de gestão, como o dimensionamento da força de trabalho da Sesab. O dimensionamento encontra-se em fase de implantação em 6 unidades, em caráter experimental, e estas unidades estão em processo de revisão e reformulação metodológica de forma a priorizar as metas das redes assistenciais: Rede Cegonha e Rede de Urgências e Emergências do estado.

Convém destacar o diferencial processo seletivo, decorrentes das políticas de ampliação do quadro de servidores: a realização do concurso público em 2008, atividades coordenadas pela Diretoria de Recursos Humanos (DARH), que fez a convocação e nomeação de 2.685 profissionais remanescentes do concurso de 2005, convocados em 2007, e a realização, em 2008, do primeiro concurso público por especialidades, pelo qual convocou e nomeou 6.023 novos servidores, totalizando 8.708 servidores, configurando como importantes conquistas e uma demonstração de adoção de medidas para desprecariar a força de trabalho, assim como da moralização e democratização do acesso ao serviço público.

Houve também avanço na concessão de direitos dos trabalhadores como licenças, aposentadorias (com mais de 4.000 atos de aposentação concluídos e publicados) utilizando-se de alternativas, como maior aproximação e diálogo com outros atores envolvidos como Superintendência de Previdência do Estado (Suprev), da Procuradoria Geral do Estado (PGE), e da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (Saeb) considerados estratégicos, assim como o desenvolvimento de sistema de pesquisas através de imagens digitalizadas com conteúdo integral, referente à vida funcional dos servidores, contidas nas publicações dos últimos 35 anos do Diário Oficial do Estado, localizando de forma ágil e em alto grau de precisão as informações demandadas.

Portanto, as diversas iniciativas, desenvolvidas a partir das mesas de negociação foram formuladas e implantadas a partir de 2008, apontando para a despreciação dos vínculos e aumento de salários e condições de trabalho para a valorização do trabalhador da Saúde, como estratégias políticas para o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão e administração da força de trabalho da Sesab.

Compreender que uma gestão democrática se faz com instrumentos e estratégias de participação é um dos grandes desafios para gestores do SUS, tendo em vista que nem sempre o diálogo e a escuta qualificados estão efetivamente presentes nas práticas cotidianas do trabalho. Entende-se que estes elementos são essenciais para a valorização e construção de alternativas para a efetivação da Gestão do Trabalho em Saúde.

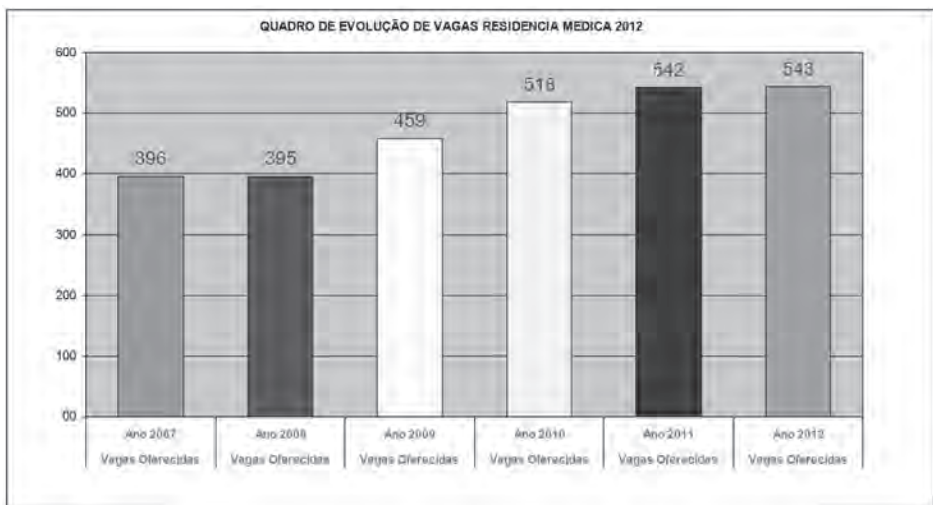
A Educação permanente em Saúde vem se dando como prática, desde que a entendamos como ato que envolve articulação entre formação, gestão, atenção à Saúde e participação. Ao longo dessa gestão, ela está se consolidando como uma relevante e significativa política pública na trajetória de qualificação dos processos de trabalho e valorização dos trabalhadores e gestores do SUS-BA.

Os avanços registrados na área de Educação permanente para os profissionais de nível universitário adquirem concretude a partir do credenciamento da Escola Estadual de Saúde Pública junto ao Conselho Estadual de Educação, para certificação de cursos de especialização. Registram-se ainda importantes conquistas como a criação do Programa Universidade Abertas do SUS-BAHIA – UNASUS-BA, cujo objetivo é integrar o ensino, o serviço e o desenvolvimento institucional, viabilizando a articulação interna e parcerias com outras instituições de ensino para ampliar a capacidade de qualificação no âmbito do SUS-BA.

A residência médica no estado apresentou um crescimento anual na oferta de vagas, conforme o Gráfico 2. Em 2012, o SUS-BA contava com 957 residentes médicos, com bolsa de formação, sendo que desses, 677 (70,74%) são bolsas financiadas pela Sesab.

O reordenamento e a ampliação dos programas de residências médica e multiprofissional podem ser considerados marcos da atual gestão, cujo investimento total de bolsas pagas pela Sesab, de 2007 a 2013, foi de R\$ 160.792.496,36.

Gráfico 2 - Evolução da oferta de vagas para residência médica. Bahia, 2007-2012



Fonte: Informações da Coordenação de Ensino/Eesp/SUPERH/Sesab, 2012.

Outra importante conquista foi a ampliação e diversificação na oferta de cursos de Pós- Graduação, em nível de especialização, como os cursos de especialização em Gestão Hospitalar, Gestão da Atenção Básica, Gestão Pública Municipal, Gestão Regionalizada do SUS, Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (realizados pela Eesp e através do Progesus-BA), Gestão de Sistemas de Saúde para Auditores e Saúde da Família com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado. Essas ações de Educação permanente visam o aperfeiçoamento das práticas e a efetivação de mudanças no modelo de atenção vigente, dos quais participaram 1.591 trabalhadores. Essas atividades demandaram investimento na ordem de R\$ 9.937.204,00.

A regulação dos campos de práticas da rede estadual, 4.000 vagas reguladas na capital e interior; oferta de 450 vagas com bolsa para estágio não obrigatório, seleção com 5.000 inscritos; realização da 5ª Aula Pública do SUS com 960 participantes; realização de 4 turmas de Mestrados Profissionais em parceria com Instituto de Saúde Coletiva (ISC/ UFBA).

A incorporação de tecnologias educacionais na modalidade de Educação a Distância (Ead/SUS-BA), bem como dos respectivos ambientes virtuais de aprendizagem, do Portal Ead e da rede virtual Bibliosus, viabilizou a ampliação e democratização dos processos de ensino-aprendizagem e de comunicação, permitindo a disseminação do conhecimento aos profissionais do SUS, na Bahia. Ressalta-se ainda a iniciativa da construção da rede de integração da Educação e Trabalho na Saúde, através do incentivo aos processos de mudança na graduação, organização e potencialização dos campos de prática da rede estadual e a criação de novos cenários de aprendizagem, a exemplo do estágio de vivência no SUS.

Realizou-se ainda na modalidade de Educação a distância (Ead), SUS-BA, a estratégia de ampliação e democratização do acesso a processos educativos e de comunicação, cursos envolvendo 6.388 participantes no ambiente virtual de aprendizagem (91,3%) com meta pactuada de 7.752 participantes.

Os processos de Educação permanente desenvolvidos pela Escola de formação Técnica em Saúde, voltados para a formação de trabalhadores de nível médio, contemplaram a formação de cerca de 25.000 (2008/2009) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), inseridos nas Unidades de Saúde da Família, e 667 profissionais de nível superior, concluíram as capacitações técnico-político-pedagógica, requisito fundamental para atuarem como facilitadores da aprendizagem nos cursos. As experiências vivenciadas pela EFTS foram tomadas como modelo para as demais categorias profissionais de Saúde que são formadas e para outros

estados. A estratégia da descentralização dos cursos somados ao processo da supervisão e orientação pedagógica para os municípios, foi determinante para o alcance das metas.

Durante o período de 2007 a 2010, ocorreu a formação de 43.382 trabalhadores de nível médio, respondendo a 100% da meta estabelecida, em relação às parcerias firmadas com os 417 municípios baianos, com a Diretoria de Atenção Básica e com os gestores da Rede Própria da Sesab, o que sugere avanços na formação desses trabalhadores. Apesar das amarras legais impeditivas para utilização dos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, principalmente para pagamento de professores e servidores públicos, as escolas têm adotado o repasse fundo a fundo para os municípios para a viabilização dos cursos. Assim, foi possível gerir a aplicação dos recursos para formação técnica, no montante de R\$ 21.000.000,00, repassados do fundo nacional para o fundo estadual.

Especificando as categorias formadas, cujas atividades marcaram de forma diferenciada as práticas educativas da EFTS, deve-se registrar a formação de 305 técnicos de Enfermagem (TE), 400 técnicos de Enfermagem (através da complementação de auxiliar para técnicos), 212 técnicos de Saúde Bucal (TSB), 3.548 docentes (enfermeiros e dentistas) para os cursos de Educação profissional técnico, 240 técnicos de Higiene Bucal para atenção básica, 311 em ASB e 173 auxiliares de Enfermagem de unidades urgência e emergência concluíram o curso de complementação em técnico de Enfermagem, cursos que são operacionalizados tomando o trabalho como princípio educativo e pressuposto que o “SUS é uma Escola”.

Objetivando ampliar e fortalecer a rede de ações descentralizadas da EFTS, foi inaugurada a 1ª Unidade Descentralizada da EFTS (UDEFTS) na macrorregião centro-leste, no município de Itaberaba, configurando-se como um espaço com estrutura escolar, salas de aula, biblioteca, supervisores e professores para facilitar o acesso dos usuários do SUS a processos educativos.

A Escola Isabel dos Santos (Figura 1) é uma unidade que não só atende aos processos formativos para as categorias profissionais de nível médio. Este espaço educacional vem acolhendo todas as atividades relacionadas aos processos de Educação permanente para todos os municípios da macrorregião leste, destacando-se aqueles que visam a formação e atualização, cursos técnicos e para os agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate as endemias (ACE), técnicos em Saúde Bucal (TBS), formação pedagógica de tutores e apoiadores.

Figura 1 - Foto da Fachada da Unidade Descentralizada da EFTS, Itaberaba-BA, 2010

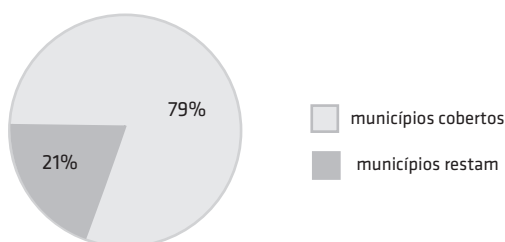


Fonte: Foto cedida pela EFTS/SUPERH/Sesab, 2010

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2007) preconizou 33 municípios prioritários da Bahia para que reduzissem os seus índices de mortalidade em 5% ao ano. Dentre outras medidas, para contribuir com a redução da mortalidade infantil, a escola buscou qualificar os trabalhadores de nível médio dessa área de assistência, compondo, assim, a Rede Cegonha. Foram qualificados 7.044 ACS em 26 municípios e 89 auxiliares e técnicos de Enfermagem da Maternidade Albert Sabin e Hospital de Barreiras, conforme o Gráfico 3, alcançando 79% da meta proposta.

Gráfico 3 - Percentual de cobertura do curso materno infantil, para os agentes comunitários de Saúde, nos trinta e três municípios prioritários. Salvador, Bahia, 2012.

Cobertura do Curso Materno para os ACS nos 33 municípios prioritários

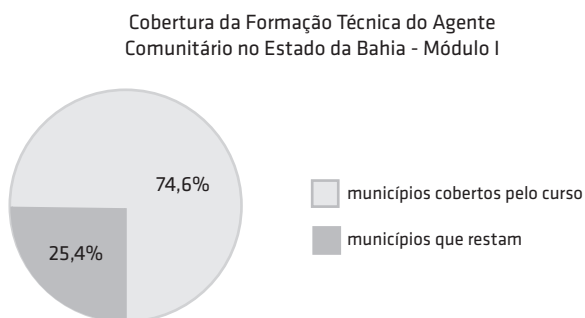


Dando seguimento à qualificação na atenção básica, a EFTS está realizando a formação dos trabalhadores das equipes de Saúde bucal, auxiliares e técnicos

em Saúde bucal. Até dezembro de 2012, já são 298 concluintes, em 48 municípios do estado da Bahia, que aderiram ao projeto. Dentre os cursos oferecidos, desde 2007, destaca-se também o curso de formação técnica do agente comunitário de Saúde (ACS) – Módulo I – 400 horas, com cobertura de 311 municípios, (74,59%) da meta atendida, no estado com 25.913 concluintes, conforme apresentado no Gráfico 4.

A partir de 2012, o módulo II para a formação dos ACS foi implantado, e os cursos estão em processo de desenvolvimento, oportunizando a formação desses trabalhadores.

Gráfico 4 - Percentual de cobertura de cobertura do curso de formação técnica, para os agentes comunitários de saúde, nos municípios da Bahia. Salvador, Bahia, 2012



Acolhimento com classificação de riscos, de forma a integrar a Rede de Atenção a Saúde (RAS), a escola desenvolve desde 2010 o curso de complementação dos auxiliares de Enfermagem para técnico em Enfermagem das unidades de urgência e emergência da rede própria Sesab em Salvador e região metropolitana. Das 8 unidades de Saúde existentes nessa região, já foram contempladas 7 delas.

No estado da Bahia, segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem (Corem-BA), entre 2000 e 2010 o registro do número de inscrições de técnicos de Enfermagem alcançou um aumento de 1.500%, com 8.932 inscrições. Portanto, é presumível que tenha ocorrido o mesmo percentual em relação às ofertas de vagas nos cursos de técnico de Enfermagem, o que demandou o processo de regulação dos campos de estágios para a formação técnica, atividade que implica na indicação das unidades que foram disponibilizados pela rede própria Sesab, em especial voltados para a rede de escolas públicas estaduais de Educação profissional. A EFTS viabilizou em 2012 um expressivo número de estágio, de 2.982 alunos, das escolas públicas estaduais e privadas.

A escola vem adotando estratégias para o alcance dessas metas que se constituem em avanços gerenciais, tais como: repasse financeiro fundo a fundo para os municípios, com pactuações no Cosems e aprovações na Cib, para todos os projetos pedagógicos que vêm sendo desenvolvidos mediante apoio das diretorias regionais de Saúde (Dires) e das secretarias municipais de Saúde, participação no programa UNASUS-BAHIA, a participação no colegiado da Cies estadual, a construção do material didático para a formação dos ACS, que são elaborados pelos profissionais de EFTS em contínuo monitoramento junto às equipes regionais.

Considerações finais

Analisar o percurso feito na área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no contexto estadual permitiu sistematizar um conjunto de fatores que impulsionaram os avanços identificados ao longo deste capítulo.

A experiência desenvolvida na Sesab mostra os diferentes processos desencadeados nos últimos anos contemplando mudanças e desafios na gestão e na organização do trabalho, assim como aponta para o fortalecimento da capacidade de formulação e implementação de políticas públicas.

As articulações com as universidades federais e estaduais e com a Secretaria da Educação do Estado da Bahia, assim como o apoio do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Segets) e a participação das equipes técnicas e gestores das secretarias municipais de Saúde potencializaram a efetivação de todas as ações e inovações. Entretanto, ainda se faz necessárias articulações e projetos de Educação, que possam dar conta dos processos de descentralização e regionalização para o fortalecimento dos núcleos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com amplo envolvimento das regionais, dos colegiados gestores em cada um dos territórios e com as representações do controle social.

As iniciativas assumidas e efetivadas no campo da Gestão do Trabalho revelam o potencial diante dos resultados alcançados, quando se analisam, especificamente, os ganhos dos trabalhadores nos espaços de negociação. Porém, evidencia também as grandes lacunas que a área da Gestão do Trabalho apresenta, em relação às políticas voltadas para dimensionamento da força de trabalho, avaliação de desempenho, de forma articulada com os investimentos na modernização dos sistemas informatizados em recursos humanos.

Nesse sentido, torna-se necessário ampliar os investimentos e a capacidade de governo para resolver as questões que marcam o cotidiano da gestão do SUS hoje, de modo a que a equipe dirigente da Sesab possa conduzir adequadamente a multiplicidade de iniciativas e os esforços da equipe técnica sobre o que fazer e como fazer para desatar os “nós” que podem obstaculizar a implementação das inovações em andamento.

Para além das convergências e divergências existentes em termos de concepções teóricas e metodológicas, cujo estudo e aprofundamento podem permitir o avanço do conhecimento e o aperfeiçoamento das práticas na área da gestão de sistemas, cabe enfatizar a importância do fortalecimento dos laços de compromisso e solidariedade para dentro e para fora da Sesab. Em outras palavras, resgatando Morin (2005), aprender a conviver com a diversidade, considerando-a como o solo onde pode germinar a potência criativa dos sujeitos implicados em um projeto que transcende os limites da instituição gestora da política de Saúde, incidindo sobre os problemas e necessidades de Saúde da população a qual o SUS pretende dar resposta.

Referências

- ALELUIA, L. R.; COUTO, O. K; OLIVIERA, T. D. T. Estruturação da área de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde na Bahia de 1974 -2004. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 105-128, jan./jun. 2006.
- BAHIA. Lei 6677, de 26 de setembro de 1994. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85381/estatuto-do-servidor-publico-do-estado-da-bahia-lei-6677-94>>. Acesso em: 29 nov. 2013.
- BAHIA. Lei 11.373 de 05 de fevereiro de 2009. Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV. Salvador, 2009a. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/231146/lei-11373-09>>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde (2007-2011): PES Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 33, Supl. 2009b.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Desafios e perspectivas de uma gestão integradora: Relatório*. Salvador: Sesab, 2007.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de Atenção e Vigilância à Saúde 2013- 2014*. Salvador: Sesab, 2012a.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia*. Salvador: Sesab, 2012b.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Regimento interno Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*. Salvador, 2008. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/PortalSesab/pdf/Regimento_int.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão referente ao eixo da educação na saúde*. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos, 2010.

BRASIL. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BRASIL. Decreto n. 7.598, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições, promoção e recuperação da saúde organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l8080.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. 3. ed. Brasília: MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde*. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2009c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. Brasília: MS, 2005.

CECCIM, R. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2004-2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

DAVINI, M. C. *Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

INFOSAÚDE. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, n. 1, 2011.

INFOSAÚDE. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, n. 3, 2012.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I. A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 47, p. 33-44, maio 2012.

MEDEIROS, K. R.; TAVARES, R. A. W. Questões contemporâneas da Gestão do Trabalho em saúde: em foco a Lei de Responsabilidade Fiscal. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 47, maio, 2012.

MORIN, E. *O método 3: conhecimento do conhecimento*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NOGUEIRA, R. B. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPAS, 1997. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicações/texto_apoio/texto_3.pdf. Acesso em: 24 ago. 2013.

NOGUEIRA, R. P. O processo de serviços de saúde. *Educación Médica y Salud*, v. 25, n. 1, p.15-27, 1991.

PAIM, J. S. O SUS é uma conquista. *Luta Médica*, ano 6, n.22, jul.-set. 2012. Disponível em: <http://www.sindmed-bahia.org.br/revista_18.Pdf>. Acesso em: 9 ago. 2013.

PADILHA, H. P. Um programa de recursos humanos para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 3, n. 3/4, p. 33-47, jul.-dez. 1976.

PIERANTONI, C. R. et. al. *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc.IMS/UERJ- ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, C.; GARCIA, A. C. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 47, p. 44-54, 2012. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Revista.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2013.

PINTO, I. C. M. et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 6, p.1525-1534, jun. 2013.

PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 4, nov. 1999.

TEIXEIRA, C. F. S. *Educação e saúde*: contribuição ao estudo da formação dos agentes de práticas de saúde no Brasil. Salvador, 1982. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

PARTE I - GESTÃO DO TRABALHO

A negociação coletiva do trabalho em saúde: o processo de implementação na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Telma Dantas Teixeira de Oliveira¹

Bruno Guimarães de Almeida²

Luciano de Paula Moura³

Talita Castro Santos Garcia⁴

Aline Maciel São Paulo Paixão⁵

Elaci Miranda Pitanga Barbosa⁶

Introdução

A consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a implementação de aspectos importantes da gestão, tais como a descentralização, o financiamento, o controle social e a Gestão do Trabalho. Dentre estes, destaca-se a Gestão do Trabalho, a qual influencia decisivamente na qualidade dos serviços de Saúde, uma vez que prima pela satisfação dos trabalhadores, em seus processos e relações de trabalho, e pela qualidade dos resultados do trabalho em Saúde. (BRASIL, 2005)

1 Enfermeira, sanitarista, superintendente/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

2 Enfermeiro, sanitarista, diretor/Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

3 Odontólogo, sanitarista, coordenador da Gestão do Trabalho/Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

4 Enfermeira, sanitarista, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

5 Terapeuta ocupacional, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

6 Assistente social, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

No entanto, apesar das ações de Gestão do Trabalho terem sido colocadas na agenda política da Saúde, observou-se ainda, ao longo dos anos que sucederam a homologação do SUS, que o investimento nos trabalhadores foi inversamente proporcional à ampliação da rede de atenção à Saúde e à real necessidade do sistema, não recebendo o devido destaque, correspondente ao grau de importância que representava para a consolidação do SUS. (BRASIL, 2005) Isto provavelmente se deu em função do clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, potencializada pela implementação das reformas administrativas do Estado. (NOGUEIRA, 1991)

Diante desse contexto, e frente ao processo de descentralização e regionalização proposto pelo novo sistema, novas formas de vinculação dos trabalhadores e gerenciamento dos serviços foram adotadas como alternativa à instabilidade administrativa e orçamentária, que, somadas aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, ampliou os problemas relacionados à precarização dos vínculos.

Na contramão desse movimento, em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), constituída por dois departamentos, o de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), que induziu a inclusão na pauta das gestões estaduais e municipais a discussão para estabelecimento de uma adequada política para os trabalhadores, convocando, dessa forma, os gestores do SUS ao desenvolvimento das ações propostas. (BRASIL, 2006a)

Em 2005, configurando-se como orientadores na ressignificação da política de recursos humanos em Saúde, são publicados os Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005), que pautava a Gestão do Trabalho considerando seus aspectos técnicos, políticos, jurídicos e financeiros. O Ministério da Saúde definiu ainda como uma de suas prioridades a estruturação de diretrizes para elaboração e execução da Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS, com o objetivo de democratizar as relações de trabalho, tanto no setor público como no privado, e de garantir o pleno exercício dos direitos de cidadania.

Nesta perspectiva, a necessidade de ofertar ações, recursos, instrumentos e ferramentas para operacionalização da Gestão do Trabalho em Saúde tornou-se algo premente para a valorização do trabalhador da Saúde e do seu trabalho. Questões como a formulação de plano de carreira, cargos e salários, estabelecimento de vínculos de trabalho com proteção social, implantação de espaços

de discussão e negociação das relações de trabalho em Saúde, como as mesas de negociação permanente e as comissões locais de negociação de condições de trabalho, capacitação e Educação permanente dos trabalhadores e humanização da qualidade do trabalho, por exemplo, encabeçaram as agendas dos gestores de recursos humanos em saúde. (BRASIL, 2006a)

No que se refere às questões relacionadas às ações de democratização dos processos de trabalho, a Mesa Nacional de Negociação Permanente apresenta-se como um espaço propício para subsidiar a discussão e negociação da implantação de instrumentos e ferramentas que fortaleçam a democratização das relações e processos de trabalho, ao mesmo tempo que valorize o cuidado com o trabalhador.

Neste sentido, o presente artigo objetiva relatar a experiência de diálogo e negociação vivenciada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) em decorrência da implantação/implementação da Mesa Setorial de Negociação Permanente da Sesab, bem como apresentar os resultados alcançados neste processo. Evidencia-se, assim, a importância dos espaços de negociação como mecanismos de diálogo permanente envolvendo o Estado e os seus trabalhadores.

A construção deste relato é fruto da observação participante dos sujeitos envolvidos na experiência, em razão dos autores serem membros da mesa de negociação e/ou da equipe técnica responsável pelas ações de Gestão do Trabalho na Sesab. A compilação dos achados foi subsidiada pela análise dos sumários executivos, termos de acordos, documentos, relatórios, notas técnicas, boletins informativos e revisão bibliográfica. Ainda, foram utilizadas anotações referentes à participação em reuniões técnicas, sessões temáticas, rodas de conversa, oficinas e consulta pública.

Entendendo o contexto: o resgate do processo de democratização das relações de trabalho no SUS

O processo de negociação coletiva do trabalho torna-se possível na medida em que o governo e as gestões reconheçam como legítimas as reivindicações dos trabalhadores e exercitem a escuta e o diálogo compartilhado, como forma de sistematizar propostas para a elaboração de políticas públicas, inclusive garantindo legislação específica para consolidar essas garantias.

Ao tratar de paradigmas internacionais referentes à regulamentação da negociação coletiva de trabalho no âmbito da administração pública, nunca é demais relembrar que a Organização Internacional do Trabalho trata, expressa-

mente, do tema das relações de trabalho e sindicais no âmbito da administração pública na Convenção 151, adotada em 1978, e que a Convenção 154, adotada em 1981, consagra a negociação coletiva de trabalho, tanto no setor privado, como no setor público, cada qual com suas especificidades como “instrumento a serviço da justiça social”. (INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS, 2006)

A regulamentação legislativa da negociação coletiva de trabalho na administração pública encontra paradigmas significativos, tanto em países altamente desenvolvidos, tais como Itália, Espanha, Portugal, Suécia, Reino Unido, Canadá e Austrália, dentre outros, como em nações em desenvolvimento, com situações socioeconômicas semelhantes às do Brasil, tais como a Argentina e o Uruguai. (INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS, 2006)

No Brasil, o processo de democratização das relações de trabalho vivenciado no país nos últimos anos requer novas formas de organização dos e nos processos de trabalho, as quais demandam ações descentralizadas e articuladas com os diversos setores governamentais, mas principalmente a inserção da participação social na busca de resolução de conflitos, a exemplo da negociação coletiva. Conforme Pinto (2007), a negociação coletiva pode ser definida como processo democrático de alta composição de interesses pelos atores sociais envolvidos, objetivando a fixação de condições de trabalho aplicáveis a uma coletividade de empregados e a regulação entre as entidades estipulantes.

A Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), nos artigos 7º e 8º, apresenta a negociação coletiva como forma de solução dos conflitos coletivos de trabalho, constituindo-se como a mais ampla fonte autônoma do direito do trabalho. Assim, o seu exercício pressupõe a presença do sindicato profissional, como representante legítimo da classe trabalhadora, e do empregador e/ou seu sindicato representativo. (LOPES, 2000) Corroborando, a Organização Internacional do Trabalho, através da Convenção nº 151 e da Recomendação nº 159, esclarecem que o direito de negociação deve ser amplo, assegurado a todas as organizações e em qualquer nível. (BRASIL, 2013)

Assim, respaldados pelas legislações apresentadas, o estado de São Paulo, em 2002, constituiu o Sistema de Negociação Permanente em São Paulo (Sinp/SP) e em 2003, apoiados nesta experiência, o Governo Federal cria a Mesa Nacional de Negociação Permanente da Administração Pública Federal e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Dessa forma o governo almejava inserir no cotidiano das relações de trabalho uma metodologia capaz de tratar os conflitos de maneira participativa na medida em que possibilita os

encaminhamentos das demandas, promovendo assim a interlocução organizada e institucional entre o governo e as entidades de classe. (BRASIL, 2008)

Como parte desse processo, ainda em 2003, foi instituída a Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério como parte integrante da Mesa Nacional de Negociação Permanente, a fim de

[...] estabelecer uma relação direta e democrática com os servidores públicos federais, proporcionando discussões que envolvam desde a questão salarial até a melhoria das condições de trabalho e da qualidade dos serviços prestados à população. (BRASIL, 2008)

O cenário nacional de implantação de mesas de negociação incentivou a participação de estados e municípios na operacionalização desta política. Este contexto trouxe à tona uma série de questões relativas ao papel da Sesab na Educação e na Gestão do Trabalho, com destaque para o desenvolvimento por carreiras e o ingresso por concursos públicos, repercutindo na necessidade de reorganização da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), órgão responsável pela implementação de políticas, em especial às voltadas para a Gestão do Trabalho, a exemplo da Mesa de Negociação Permanente e do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV).

Processo de implantação da mesa setorial de negociação permanente na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab)

No estado da Bahia, a implantação do Sistema Estadual de Negociação Permanente (Senp), iniciado a partir de 2007, compôs o conjunto de estratégias políticas para valorização dos trabalhadores. Objetivando construir uma gestão que visava ampliar a participação popular nas esferas de decisão das políticas de saúde do estado, a Secretaria da Administração (Saeb) iniciou no mês de janeiro de 2007 a discussão para implantação do Senp, que contemplava representações governamentais e sindicais em prol da implementação de políticas de Gestão do Trabalho que efetivassem os direitos legítimos dos trabalhadores do estado.

A adoção de uma nova postura perante o funcionalismo estadual avançou por uma trilha já percorrida por outros governos através de iniciativas similares. O sistema em questão foi estruturado por meio de uma instância de discussão e deliberação central, a Mesa Central de Negociação Permanente, e por instâncias descentralizadas para discussão de questões específicas de cada órgão que

compõe o executivo estadual, as mesas setoriais de negociação permanente, que foram implantadas 5 meses após a primeira reunião da Mesa Central.

Ratificando o direcionamento político do governo, a Sesab formulou em 2008 a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Pegtes), que representou um significativo avanço e apontou algumas questões que dificultavam a implantação de ações de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (BAHIA. Secretaria de Saúde, 2012) A precarização da Educação formal, as más condições dos ambientes de trabalho, o não cumprimento das jornadas de trabalho, a remuneração não condizente com a atividade desempenhada pelos trabalhadores, a ausência de parâmetros para desenvolvimento na carreira, até então pautados apenas na titulação, a ausência de critérios que avaliem o desempenho do trabalhador no exercício de suas funções, dentre outras questões, tiveram maior visibilidade, considerando a ausência de informações sistematizadas que subsidiassem a tomada de decisão para mudança do panorama, pelos gestores. (PINTO; TEIXEIRA, 2011)

Frente a esse cenário, a Mesa Setorial de Negociação configurou-se como uma estratégia oportuna para a mediação e resolução de demandas históricas dos trabalhadores, a partir da análise conjunta das bancadas (governo e trabalhadores) dos limites e possibilidades do estado. Composta por seis membros titulares, com seus respectivos suplentes, que formavam duas bancadas, a Mesa Setorial era formada por representantes da esfera governamental (Sesab e Saeb), e da esfera sindical, representada pelo Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia (Sindsaude), Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (Sindimed) e Federação dos Trabalhadores do Estado da Bahia (Fetrab), incluindo, como convidado, a representação do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

A periodicidade de reuniões da Mesa, em geral, era mensal, podendo ocorrer em espaço de tempo menor, de acordo com a dificuldade em estabelecer consensos sobre determinados assuntos.

É importante destacar que o processo de desenvolvimento das atividades da Mesa vem, desde sua implantação, sendo realizado de forma democrática e participativa, considerando as demandas elencadas pelos trabalhadores e explicitadas nas pautas sindicais encaminhadas à gestão estadual. Ainda, em 2007, foi elaborado um regimento da Mesa Central, que se configurou como um modelo de regimento instituído pelas mesas setoriais.

As discussões do processo de negociação foram registradas no formato de sumários executivos que, ainda hoje, trazem os principais encaminhamentos e

acordos, bem como dissensos entre os negociadores. Na finalização de cada período de negociação são elaborados termos de acordo assinados pelos representantes das bancadas e encaminhados à Saeb e Governadoria para homologação, sendo divulgados nas instâncias de Controle Social do SUS- BA, como o Conselho Estadual de Saúde (Ces).

Resultados e perspectivas da mesa de negociação do estado da Bahia

Como resultado desse primeiro momento de discussão e negociação, foi publicada, em fevereiro de 2009, a Lei nº 11.373, que instituiu o novo PCCV da Sesab, subsidiado pelo Protocolo nº 06 da Mesa Nacional de Negociação Permanente, proposto pela SGTES/MS, e fundamentada, entre outras premissas, no desenvolvimento dos servidores na carreira com base em novas referências, destacando-se o Programa de Avaliação de Desempenho dos trabalhadores da Sesab (Pad/Sesab) implantado a partir de 2011, iniciativa cuja implantação vem demandando a reorganização dos processos de trabalho das unidades de saúde estaduais. (BAHIA, 2009)

O processo de elaboração e revisão do PCCV foi realizado a partir da escuta dos trabalhadores e da participação efetiva de suas representações sindicais, que compuseram tanto a comissão para elaboração do PCCV da Sesab, quanto os grupos de trabalho que propuseram o Projeto de Lei. Como estratégia para operacionalização da proposta, foram criados 4 grupos de trabalho (GT) responsáveis por temas específicos: conceitos e revisão da legislação, desenvolvimento na carreira, enquadramento e estrutura remuneratória e gratificações. As reuniões da comissão ocorriam quinzenalmente e no intervalo entre as reuniões os integrantes dos GTs desenvolviam as atividades técnicas, que subsidiavam a tomada de decisão da comissão central.

Durante o processo de elaboração do PCCV, entre 2007 e 2009, foram realizadas exposições públicas dos avanços alcançados na elaboração do plano, sendo ele apresentado por inúmeras vezes nas assembleias sindicais, contando inclusive com a participação da bancada governamental em determinados momentos. Outra estratégia da gestão foi a apresentação da minuta em todas as unidades da rede estadual, colocando-a inclusive sob consulta pública e disponibilizando um fórum de discussão do plano no site e na intranet da Sesab.

As representações sindicais realizaram um seminário estadual, que teve como eixo central o PCCV. Tal evento contou com a participação da comissão de elaboração do PCCV, de trabalhadores e do Secretário da Saúde do Estado. Após

a publicação do novo PCCV da Sesab, elaborou-se uma cartilha com orientações em formato de perguntas e respostas, que foi distribuída nas unidades para os trabalhadores e gestores.

Os anos que se seguiram à elaboração do plano e homologação da lei que o instituiu, foram dedicados à elaboração dos decretos regulamentadores e implementação de dispositivos previstos na lei. Em 2010, iniciou-se o processo de dimensionamento da força de trabalho e, no ano seguinte, 2011, publicou-se o Decreto Estadual n. 13.191 de 16 de agosto de 2011, que cria o Programa Estadual de Avaliação de Desempenho (Pad//Sesab), sendo implementado no mesmo ano. (BAHIA, 2011)

O Pad/Sesab representa um avanço na área de planejamento de recursos humanos no SUS-BA, na medida em que contempla um conjunto de indicadores que permitem a realização de uma avaliação abrangente, não só do desempenho funcional dos trabalhadores, como também do desempenho institucional. Nesse sentido, representa uma inovação tecnológica, na medida em que pretende superar a experiência acumulada nas instituições do setor, as quais, na maioria das vezes, reproduzem a lógica avaliativa baseada na aferição de produtividade dos trabalhadores, característica das empresas privadas.

Desse modo, a implantação do Pad/Sesab apresentou-se como uma oportunidade de desenvolvimento institucional, ao tempo em que estimulou a realização de estudos acerca de suas bases conceituais e metodológicas. Ressalta-se, ainda, que essa referida implantação possibilitou mensurar o desempenho dos trabalhadores e dos serviços na produção do cuidado em Saúde. Considerando que há uma lacuna de experiências sobre avaliação de desempenho no setor público, esta iniciativa configura-se como uma oportunidade de produção de conhecimento em ato, simultâneo à própria implantação do programa.

Contudo, algumas questões ainda se apresentavam passíveis de discussão e resolução, a exemplo da implementação de uma matriz hierárquica que contemplasse, além do desenvolvimento vertical por meio da promoção, o desenvolvimento horizontal pela progressão, a revisão dos valores da composição remuneratória dos servidores, a equiparação da gratificação dos servidores municipalizados a dos servidores em atividade no âmbito das unidades da rede estadual, os reajustes na faixa de percepção de gratificação dos trabalhadores administrativos, que apesar de não serem regidos pelo PCCV da Sesab, por se tratar de uma carreira sistêmica, vinculada a administração central, foram contemplados no processo de avaliação e percepção de gratificação por desempenho, o enquadramento por tempo de serviço, dentre outras situações.

As questões apresentadas mostravam-se recorrentes nas pautas de reivindicação dos sindicatos, o que fortalecia a interface dos objetos da negociação, excetuando-se na discussão em torno da conformação remuneratória, da fixação profissional e das desigualdades de ocupação de postos de trabalho, em especial dos trabalhadores da categoria médica.

Diante das novas demandas à pauta de reivindicações dos trabalhadores, em dezembro de 2011, a estrutura da Mesa ganha nova configuração sendo desmembrada para atender às pautas específicas de cada representação sindical. Deste modo, hoje existem dois espaços de discussão negocial, cada um composto por 4 membros da gestão e 4 da representação sindical, contando como convidados, além do Dieese, o Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e a Associação Baiana de Medicina (ABM).

As demandas atuais resultaram na assinatura de 2 termos de acordo, dispondo sobre as principais ações a serem implementadas até o ano de 2014, dentre elas destacamos: revisão do PCCV em vigência e a conseguinte elaboração do plano para a categoria médica, reestruturação do Programa Estadual de Avaliação de Desempenho, criação de Gratificação por Plantão (GPP) para trabalhadores médicos que atuam sob regime de plantão de 24h, como estratégia de fixação desses profissionais nas unidades da rede própria da Sesab, em especial nos serviços de urgência/emergência, publicação da Lei nº 12.598/2012 (BAHIA, 2012), que reestrutura as carreiras dos servidores estaduais da Saúde, contemplando a implantação de uma matriz hierárquica de desenvolvimento na carreira com progressão e promoção, implementação de estratégias para valorização do grupo técnico-administrativo da Sesab, enquadramento por tempo de serviço com impacto também na percepção remuneratória dos aposentados e pensionistas, reajustes do valor da Gratificação Individual de Desempenho (Gid) e, mais recentemente, a publicação do PCCV específico para as carreiras de médico e regulador da assistência à Saúde, homologado pela Lei nº12.822/2013. (BAHIA, 2013)

Uma breve reflexão sobre os resultados alcançados e os desafios do por vir

A institucionalização de espaços de negociação como forma de subsidiar a elaboração e a implantação/implementação de políticas e estratégias de gestão, transversal ao conjunto de princípios e diretrizes do SUS, ratifica o esforço pelo fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do SUS.

No entanto, para além do discurso e leis, é preciso que se exerça de fato a gestão participativa, que assegure a implantação de mecanismos capazes de promoverem a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho e que contribuam com a existência e permanência de ambientes propícios ao diálogo e a negociação coletiva.

Esse processo caminha na perspectiva da valorização do trabalho e dos trabalhadores, ao reconhecer o trabalho em Saúde como uma produção histórica, cultural, política e social construída pelos sujeitos (trabalhadores da Saúde, usuários e gestores) transformadores de seus saberes e práticas.

Neste sentido, pode-se considerar que a implantação da Mesa de Negociação e do PCCV da Sesab configuram-se como iniciativas que expressam o compromisso da gestão estadual em investir no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e, por conseguinte, nos trabalhadores, historicamente negligenciados e excluídos dos processos decisórios do SUS-BA.

A priorização do concurso público como forma de inserção de trabalhadores no estado, apontado como estratégia para despreciação dos vínculos, o estímulo à melhoria do desempenho dos trabalhadores, com a implantação do Pad/Sesab e da Gid, o aumento da oferta de processos de qualificação para trabalhadores de nível médio e universitário, inclusive com aumento das vagas de residência médica e multiprofissional, a realização do curso de especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a criação da GPP são exemplos de iniciativas que conferem à Sesab um *status* de instituição que busca valorizar e desenvolver práticas inovadoras para qualificação da gestão, apesar da institucionalização de processos rígidos e burocráticos inerentes às organizações públicas.

Referências

BAHIA. Decreto nº 13.191, de 16 de agosto de 2011. Regulamenta a Avaliação de Desempenho e a concessão de variação da Gratificação de Incentivo ao Desempenho - GID para os servidores efetivos, empregados públicos, ocupantes de cargo em comissão ou função gratificada e contratados através do Regime Especial de Direito Administrativo – REDA [...]. 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1029625/decreto-13191-11-bahia-ba>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BAHIA. Lei nº 11.373 de 05 de fevereiro de 2009. Institui o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Diário Oficial da Bahia*, Salvador, 6 de fev. 2009. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/231146/lei-11373-09>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BAHIA. Lei 12.598 de 28 de novembro de 2012. Altera dispositivos da Lei nº11.373, de 05 de fevereiro de 2009, na forma que indica, e dá outras providências. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/auditoria/images/arquivos/LEI-12598.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BAHIA. Lei 12.822 de 04 de julho de 2013. Reestrutura as carreiras de Médico e Regulador da Assistência em Saúde, pertencentes ao Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, e institui o seu Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos – PCCV, na forma que indica. 2013. Disponível em: <http://www.cremeb.org.br/data/site/uploads/arquivos/LEI%2012.822-2013_PCCV.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Recursos Humanos. *Política estadual de gestão do trabalho e educação na saúde*. Salvador, 2012.

BRASIL (Constituição 1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. Brasília, 2005. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006a. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Nº 006/2006 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP/SUS)*. 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocoloPCCSfinal.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde*. Brasília, 2008. 104 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mesa_setorial_negociacao_permanente_ms.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Decreto nº7.944, de 6 de março de 2013. Promulga a Convenção nº151 e a Recomendação nº159 da Organização Internacional do Trabalho sobre as Relações de Trabalho na Administração Pública, firmadas em 1978. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7944.htm>. Acesso em: 25 nov. 2013.

INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS - ISP. *Paradigmas da regulamentação da negociação coletiva de trabalho na administração pública*. Tradução de: Mari-Jô Zilvete. São Paulo, 2006. 40 p. Disponível em: <<http://issuu.com/andrennf/docs/cartilha-paradigmas?e=1805561/3225868>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

LOPES; Otavio Brito. Limites constitucionais à negociação coletiva. *Revista Jurídica Virtual*, v. 1, n. 9, fev. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/revista/Rev_09/neg_coletiva_Otavio.htm>.

NOGUEIRA, R. P. O Processo de serviços de saúde. *Educación Médica y Salud*, v. 25, n. 1, p. 15-27, 1991.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011.

PINTO, José Augusto Rodrigues. *Tratado de direito material do trabalho*. São Paulo: LTR, 2007.

Programa de atenção integral à Saúde da trabalhadora e do trabalhador da Sesab: da concepção ao voo

Ana Flávia Barros Cruz¹
Cíntia Santos Conceição²
Cynthia Maria Coelho Azevêdo³
Jacqueline Andrade Tiara⁴
Leila Virginia Matias da S. Eloy⁵
Verônica Silva Copque⁶

Introdução

A construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (Paist), da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, teve início a partir das demandas internas e externas e do cenário político atual, favorável à implantação de um programa de Saúde voltado para os trabalhadores dessa área do setor público estadual. Há mais de uma década que o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (Sindsaude) pleiteava esta conquista, entretanto, somente com a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH), em 2003, na qual constam os princípios, as diretrizes e orientações básicas para “a saúde ocupacional do trabalhador do SUS”, é que se retomaram, no ano de 2008,

-
- 1 Enfermeira, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
 - 2 Enfermeira, coordenadora executiva do Paist, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
 - 3 Terapeuta ocupacional, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
 - 4 Enfermeira, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
 - 5 Nutricionista, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
 - 6 Enfermeira, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

as discussões nesta secretaria sobre a importância da construção de uma proposta de atenção aos trabalhadores da Sesab.

De acordo com Nobre (2011), a participação dos trabalhadores nas lutas por melhores condições de Saúde originou-se na década de 70, a partir das demandas dos movimentos sociais e sindicais, coincidindo com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Na Bahia, a Constituição Estadual de 1989 incorporou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que trazem as bases legais iniciais para a implantação de ações de Saúde do trabalhador no Estado.

Desta forma, vemos que este programa não emergiu de uma hora para outra. O desenvolvimento dele é fruto do processo de luta e do amadurecimento de seus atores. Este artigo tem como objetivo apresentar o relato da experiência da equipe gestora do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist).

A trajetória de elaboração e implantação do programa remete-nos, por analogia, às etapas do nascimento de uma borboleta, por esse motivo, os títulos são atribuídos a cada fase deste processo.

Fase ovo: depositando os ovos na planta hospedeira

Em dezembro de 2008, foi constituído um grupo de trabalho (GT) na Sesab, o GT Saúde do Trabalhador da Saúde, composto por representantes da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), da Diretoria de Administração de Recursos Humanos (DARH), Superintendência de Vigilância em Saúde (Suvisa) e da Diretoria de Vigilância à Saúde do Trabalhador (Divast). Este grupo tinha como principal objetivo a elaboração do documento base do Paist e, como ação inicial, realizou um levantamento das ações de Saúde ocupacional que eram realizadas nas unidades assistenciais e administrativas da própria rede. Este instrumento possibilitou a identificação das unidades que desenvolviam ações na área, além de permitir uma leitura parcial da realidade local das unidades.

Neste mesmo período, o GT Saúde do Trabalhador da Saúde elaborou a primeira versão do Paist. Importante é destacar que as respostas para enfrentar os desafios de implantar ações de promoção da saúde para os trabalhadores da Sesab no estado da Bahia não eram fáceis, claras ou consensuais e, embora houvesse algumas incertezas quanto à aceitação, o programa foi apresentado ao colegiado gestor da Sesab, em maio de 2010, sendo aprovado pelos gestores.

Fase larva: construindo o caminho pelo tecer dos fios de seda

Após a aprovação no colegiado gestor da Sesab, o GT foi ampliado, por meio de indicação dos gestores, para ter representação de todas as superintendências e passou a denominar-se Grupo Gestor de Saúde do Trabalhador (GGST). Entretanto, a maioria destes integrantes não possuía conhecimento específico na área, tampouco poderiam ter dedicação exclusiva a essa tarefa. Além disso, o programa ora construído continha os princípios e diretrizes para nortear seu processo de implantação, porém não estava claro para os novos integrantes do GGST como isso se daria. Assim, na tentativa de aprender-fazendo e com a perspectiva de valorizar as experiências existentes nas unidades, foi construído um projeto piloto do qual participaram seis unidades da Sesab, sendo que cinco já tinham iniciativas na área da Saúde ocupacional ou Medicina do trabalho.

Para dar seguimento ao trabalho do GGST, estabeleceu-se periodicidade semanal de reunião e os integrantes foram distribuídos como referência para as unidades do projeto-piloto. Desta forma, iniciaram-se as visitas às unidades com o objetivo de realizar o levantamento situacional, através da observação e do diálogo com os profissionais atuantes nos serviços, sendo a percepção das referências, por vezes, sistematizada em relatórios técnicos.

Constatou-se, assim, que os serviços existentes eram incipientes, frágeis, compostos em sua maioria por profissionais médicos e tinham como ação principal o recebimento e homologação de atestado médico. Estes serviços não estavam próximos dos trabalhadores e muito menos eram reconhecidos por estes. Além disso, verificava-se escassez de fluxos e protocolos nos serviços, necessidade de investimento em Educação permanente e falta de apoio da gestão para esta pauta. Apesar de haver grande heterogeneidade na forma de organização dos serviços entre uma unidade e outra envolvida no projeto-piloto, e dos serviços se intitularem em sua maioria como “serviço de Saúde ocupacional”, de modo geral predominava o modelo da Medicina do trabalho.

Cabe destacar que a Medicina do trabalho é uma atividade fundamentalmente médica, centrada na atividade laborativa que surgiu a partir do processo acelerado das indústrias, em resposta à necessidade de garantir a força de trabalho saudável. Sabe-se que uma de suas missões era a de verificar as condições de saúde que provocavam faltas aos serviços. (NOGUEIRA, 2002) Desta forma, fica claro que os serviços existentes não davam conta da complexidade e das demandas de cuidado apresentada pelos trabalhadores.

Das visitas técnicas às unidades, detectou-se a necessidade de elaboração de um manual que norteasse a implantação do programa, contendo os fluxos, protocolos e modos de operar, com vistas a padronizar a execução das ações em Saúde do trabalhador em todas as unidades da Sesab. Essa elaboração se deu através de oficinas de trabalho com os profissionais que já atuavam nos serviços. Este método proporcionou a construção de espaços coletivos de diálogo, de análises críticas, mediante a participação reflexiva, com amplas discussões.

Este início foi permeado de muitas dúvidas, dificuldades e contradições, enfim, de idas e vindas. Discutia-se fortemente o nome mais adequado: seria um programa de atenção integral à Saúde do servidor ou do trabalhador? A grande questão era: como um programa que se propunha seguir os princípios e diretrizes do SUS, tendo como seu princípio maior a universalidade, não incluiria todos os tipos de vínculos existentes na Sesab? Outra questão: a quem cabia abrigar e coordenar o Paist: a área de vigilância à Saúde ou a de recursos humanos? É possível fazer uma gestão compartilhada? A Saúde do trabalhador é um componente da Gestão do Trabalho?

Por fim, apesar da Saúde do trabalhador estar no discurso, na prática, não havia uma clara distinção entre os modelos da Medicina do trabalho, Saúde ocupacional e Saúde do trabalhador. Essa incongruência se expressava em conflito ideológico existente dentro da própria secretaria. Interessante que a própria Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH, 2003) exibia essa contradição, ao trazer, em seu capítulo 5, importantes conteúdos da Saúde do trabalhador, como a instituição de comissões locais de Saúde, intitulados equivocadamente como Saúde ocupacional.

Sabe-se que a Saúde do trabalhador surgiu como uma área transformadora, contra-hegemônica, que tenta substituir a Medicina do trabalho e a Saúde ocupacional. No entanto, este movimento não ocorreu de maneira linear, através da superação de um modelo para o outro. O fato é que esses campos coexistem até hoje e interagem de maneira conflituosa e em constante disputa. (SPEDO, 1998)

Além da aproximação com as unidades-piloto e de iniciar a construção do manual do programa, o GGST, no intuito de realizar um diagnóstico que os ajudasse a nortear suas ações, realizou um estudo do banco de dados fornecido pela Junta Médica Oficial do Estado referente ao afastamento dos trabalhadores da Sesab, do período de julho de 2009 a julho de 2010. Os resultados foram os seguintes: 1) alto índice de afastamento por motivo de doença, sendo que as cinco mais prevalentes foram, respectivamente, as do sistema osteomuscular, os sofrimentos psíquicos, as causas externas, as do sistema circulatório e neoplasias, 2)

as categorias profissionais que mais se afastavam eram os auxiliares de enfermagem e os auxiliares administrativos e 3) o baixo número de acidentes em serviço registrado no período, pois na época estes não eram regularmente registrados por aquele órgão.

Um estudo realizado por Cunha (2007), também verificou, entre servidores públicos, o predomínio de doenças que exigem maior tempo de recuperação para o retorno ao trabalho, tais como as doenças mentais e osteomusculares e reafirmou a importância da definição de políticas de promoção, prevenção, reabilitação e de reintegração ao trabalho.

Ainda nesta fase, em março de 2011, em busca de assegurar-lhe maior legitimidade, o programa foi apresentado, em momentos distintos, aos sindicatos da área da Saúde, à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) e ao Conselho Estadual de Saúde (Ces). Embora reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento, a Cist considerou que o programa ora proposto constituía-se em um importante avanço para o cuidado aos trabalhadores. Nos demais espaços, foi aprovado por unanimidade.

A aprovação do Paist em todos os espaços parece expressar uma necessidade dessas instâncias em dar resposta a uma demanda histórica de cuidado com os trabalhadores, como referido por Paim (2009, p. 130):

Cumpra lembrar que o SUS é movido a gente, e gente que cuida de gente deve ser tratada como gente. E não tem sido dessa forma cuidadosa que as áreas econômicas e os ministérios e secretarias sistêmicos dos governos tem tratado as pessoas que trabalham no SUS. Enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos não for equacionada, não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços.

Desta forma, na perspectiva de atualizar a gestão e em busca de legitimar o Paist, a proposta foi reapresentada no colegiado gestor da secretaria, que solicitou ao grupo a elaboração de portaria para instituição do programa na Sesab.

Após escrever a portaria e finalizar a primeira versão do manual de implantação do programa, entendeu-se que a estratégia de formação do GGST foi suficiente para responder a demanda inicial de construção dos documentos que dariam sustentação ao programa. Contudo, percebeu-se que não seria possível que a execução dessa proposta estivesse condicionada a um grupo de trabalho com

disponibilidade de apenas um turno semanal. Àquela altura, as unidades já solicitavam apoio para a implantação/implementação do Paist, mesmo que ainda não instituído na Sesab. Desta forma, o programa que já estava sob a coordenação da DGTES passou a ser executado por esta diretoria.

Fase pupa: estruturando o verdadeiro casulo para continuar a crescer

Muitas vezes, trabalhou-se em silêncio, na invisibilidade, como o trocar de pele das borboletas. Aos poucos, a experiência foi se ampliando para as demais unidades. Vínculos foram sendo estabelecidos, de modo que uma rede foi sendo tecida. Foi um momento intenso de construção, de apropriação de conceitos e modos de operar, de troca de experiência entre os serviços. Diversas oficinas de trabalho foram realizadas para qualificação e ampliação dos documentos do programa anteriormente propostos. Vivenciar a fase de repouso foi necessário para o fortalecimento e a sustentabilidade do programa.

Nesse período, estabeleceu-se que o Paist se operacionalizaria a partir dos Serviços Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador (Siastr). Também seriam constituídas comissões locais de Saúde do trabalhador (CLST) em todas as unidades. Essas instâncias teriam em comum o objetivo de promover a atenção integral à Saúde dos trabalhadores da Sesab, priorizando a promoção e a proteção da Saúde, bem como a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

O Siastr é uma estrutura constituída por equipe multiprofissional específica para o desenvolvimento de ações de Saúde do trabalhador na unidade. A CLST é uma estratégia análoga à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa). No entanto, todos os seus membros são integralmente eleitos por seus pares e sua atuação extrapola a prevenção de acidentes. O intuito é o de promover a Saúde individual e coletiva no ambiente de trabalho e assegurar a participação dos trabalhadores nas decisões que envolvam a garantia de boas condições de trabalho na área da Saúde.

Preparando-se para a fase adulta

Em março de 2012, a SUPERH propôs a criação do Serviço de Atendimento dos Trabalhadores da Sesab (Sac/Sesab) no intuito de descentralizar algumas de suas ações e de dar celeridade e qualidade no atendimento dos servidores dessa secretaria no que tange aos processos de concessão de licenças, aposentadorias e ouvidoria, de modo semelhante ao que já existia na Secretaria de Educação do Estado (Sec). A experiência vivenciada no Sac Educação contemplava, no seu es-

copo, um espaço para acolhimento dos professores na perspectiva da promoção da saúde, prevenção dos agravos mais prevalentes para esta categoria e encaminhamento para uma rede de assistência pactuada com instituições de ensino. A SEC apresentou, então, essa proposta para a Sesab convidando-a a realizar esta ação de modo conjunto, através da articulação entre o Projeto de Valorização do Professor (Sec) e o então Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Sesab.

Para dar conta desta ação conjunta, foram realizadas diversas reuniões técnicas e processos de negociação, com vistas ao provimento de pessoal para compor as equipes de Saúde do trabalhador que atuariam no Sac. Tratava-se de um momento oportuno já que estava em vigor na Sesab o concurso público de 2008. No entanto, este processo não foi fácil, uma vez que o concurso foi realizado para suprir as necessidades da assistência e o déficit de pessoal nas unidades era grande.

De acordo com o ciclo da política proposto por Kingdon (1994 apud PINTO, 2008), há três correntes que concorrem para que um item ganhe proeminência, saindo da agenda sistêmica difusa para a agenda governamental. São eles: o problema, as alternativas de políticas e os processos políticos. No entanto, em determinadas situações, estas três correntes podem convergir através de uma “ação empreendedora”. Logo, como resultado da união desses três fatores, tem-se uma “janela de oportunidade” para que uma ideia seja introduzida na agenda de governo.

Assim, apesar da não efetivação da proposta do Sac/Sesab, enxergou-se naquela situação a “janela de oportunidade” de trazer o Paist para a agenda governamental. Afinal de contas, conforme Santos-Filho (2007), o direito dos trabalhadores da Saúde a territórios de trabalho saudáveis, apesar dos avanços legais, ainda não apareceu de modo efetivo e significativo na agenda do SUS.

Dessa forma, através de negociações empreendedoras, foram conquistados 14 profissionais, dentre as categorias: Serviço social, Enfermagem, Psicologia, Terapia ocupacional, Medicina, Nutrição e Fisioterapia. Entretanto, a maioria dos trabalhadores angariados não possuía qualificação específica, nem mesmo experiência ou aproximação com a área de Saúde do trabalhador. De modo estratégico, eles foram distribuídos da seguinte forma: implantação ou fortalecimento de Siast local, formação de uma equipe de apoio ao Siast e de uma equipe de assistência, denominada Siast Assistencial.

Enquanto isso, o Ministério da Saúde lançava, em agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, fato que contribuiu para o

fortalecimento da necessidade de instituição do Paist na secretaria. Assim, após longos processos de negociação e, estando o programa mais consolidado, este foi reapresentado no colegiado gestor em novembro, juntamente com nova versão da portaria, sendo instituído em 20 de dezembro de 2012, com o nome Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab, contemplando a inclusão de gênero, em consonância com a política nacional.

Fase adulta: apurando as asas para iniciar o voo

A partir da instituição do Paist na secretaria, aumentou a demanda por apoio para implantação de Siast ou adequação dos serviços já existentes. O processo de implantação do programa vem se dando a partir das seguintes linhas de ação: Educação, Comunicação e Informação, vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho, assistência à Saúde dos trabalhadores, especialmente os acometidos por acidentes ou doenças do trabalho, notificação e gerenciamento de informação de agravos à saúde do trabalhador, assim como planejamento, monitoramento e avaliação.

Em 2010, à época do GGST, quando os integrantes foram distribuídos como referência para as unidades do projeto-piloto, não houve maiores discussões acerca do papel daquelas referências. Recentemente, com a incrementação da equipe, aprofundaram-se as discussões, com o auxílio de outros atores e da literatura, optando-se por adotar a metodologia do apoio institucional.

Assim, constituiu-se uma equipe de apoio aos Siast, como um braço da gestão na ponta, com o objetivo de fomentar mudança de paradigma da Medicina do trabalho para a Saúde do trabalhador, promover a reorientação dos serviços já existentes ao desenho proposto pelo Paist e apoiar a conformação de Siast nas unidades que ainda não possuem.

Para Bastos e outros (2008, p. 404):

Apoiar alguém significa favorecer o outro a traçar seu caminho. [...] Ser apoiador institucional é permitir transformar-se e ofertar-se ao outro, disponibilizando ferramentas que possibilitem, ao grupo, a construção de um determinado direcionamento baseado nas políticas propostas pela gestão. Porém o desenvolvimento desse papel só é possível em uma gestão democrática, na qual se acredita no potencial dos atores envolvidos.

Deste modo, a equipe de apoio vem executando, em dupla, visitas aos Siasst locais, com vistas à formação de vínculo com os profissionais, ao conhecimento do atual processo de trabalho e da estrutura física, bem como estimular e apoiar mudanças nos modos de operar dos serviços. Nesta perspectiva, cabe destacar que uma das estratégias utilizadas para estimular os Siasst a promoverem Saúde foi a realização da “Semana de Promoção da Saúde” em alusão ao dia mundial da Saúde. Na ocasião, diversos Siasst desenvolveram, com o auxílio da equipe de apoio e a parceria com cursos de graduação em Saúde, atividades esportivas dentro e fora do trabalho, avaliação nutricional, rodas de conversas sobre temas de interesse do trabalhador, dentre outras. Foi um momento propício ao estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores e as equipes dos Siasst locais, de fortalecimento de laços solidários e de estímulo à melhoria das relações interpessoais e grupais nos ambientes de trabalho.

Considerando as duas maiores causas de adoecimento dos trabalhadores da Sesab, os processos de devolução de trabalhadores adoecidos a SUPERH, principalmente por causas psíquicas, a fragilidade dos serviços existentes na rede para atendimento dessas demandas, a responsabilidade do Estado pela promoção da saúde e segurança nos ambiente de trabalho e levando em consideração a proposta do programa de oferecer aos trabalhadores uma atenção integral, pensou-se em estruturar uma equipe interdisciplinar que pudesse ser um apoio à gestão para assistir aos casos mais complexos de adoecimento, bem como prestar apoio técnico aos Siasst locais quando necessário.

Na busca de encontrar um espaço apropriado para o desenvolvimento das atividades desta equipe, firmou-se uma parceria com o Serviço de Saúde Ocupacional da Universidade Federal da Bahia (Sesao/UFBA). Assim, a equipe atualmente desenvolve suas atividades neste local e, em contrapartida, atende também aos trabalhadores da universidade. Vale destacar o apoio da Diretoria de Vigilância à Saúde do Trabalhador, que desenvolvia uma experiência parecida, e a prática dos membros em áreas afins, que agregou valor às discussões e à implantação do serviço, que foi denominado de Siasst Assistencial.

Assim, tal serviço tem como objetivo geral oferecer cuidados à saúde de forma integrada aos trabalhadores da Sesab em processo de adoecimento por Ler/Dort e sofrimento psíquico, que possam estar relacionados ao trabalho, através da atuação de equipe interdisciplinar, partindo da proposta da clínica ampliada, com vistas ao retorno sustentável ao trabalho. No ano de 2013, este serviço acolheu cerca de 70 trabalhadores, incluindo alguns casos da UFBA. Dentre as atividades realizadas pelo Siasst Assistencial, pode-se citar os

grupos terapêuticos, encaminhamento para realização de exames e consultas na rede interna e externa, atendimento individual especializado, acupuntura, bloqueio de dor, visita aos ambientes de trabalho, diálogo com os trabalhadores e gestão local e recomendações técnicas para melhoria das condições de trabalho.

Vale salientar que o Siasst Assistencial foi pensado, inicialmente, como parte da linha de ação da assistência. Entretanto, durante o processo, este serviço tem ampliado seu raio de ação para apoiar também a linha de vigilância à Saúde do trabalhador.

Como fruto de uma ação conjunta entre as equipes de apoio e do Siasst Assistencial, está o acolhimento e acompanhamento de trabalhadores adoecidos devolvidos à Superintendência de Recursos Humanos. O Paist passou a assumir a condução de casos complexos de readaptação, por meio dessas equipes, realizando a escuta qualificada, identificação das potencialidades para o trabalho, para além das limitações registradas pela Junta Médica Oficial do Estado, identificação da unidade mais adequada para seu retorno ao trabalho, se for o caso, realização das negociações necessárias para efetivação do processo, bem como apoio aos Siasst para o acompanhamento da readaptação ou apoio ao restabelecimento deste trabalhador. Até aqui cinco casos já foram trabalhados, obtendo-se a satisfação do trabalhador e da gestão envolvida que consideraram esta forma de condução atenciosa e resolutive.

No intuito de estruturar também a linha de ação Educação, Comunicação e Informação, estão sendo realizadas sessões temáticas bimestrais nas quais se discute temas diversos de interesse para a Saúde do trabalhador, com foco nos trabalhadores dos Siasst, mas abertas ao público em geral. Além disso, com vistas a qualificar os trabalhadores que atuam no programa, foi elaborado o “I Curso de Atualização do Paist”. A primeira edição está prevista para realizar-se ainda em 2013 e qualificará 60 trabalhadores. É objetivo também do programa disponibilizar vagas e realizar acompanhamento pedagógico para estágios nos Siasst e na gestão do Paist em articulação com as escolas do SUS-BA. Esta ação configura-se como um desafio bastante importante no campo da Saúde do trabalhador, pois acreditamos que para mudar o paradigma vigente precisamos investir na formação profissional.

Ainda nesse período, estreitou-se a relação do programa com a Junta Médica Oficial do Estado. Foram validados as rotinas e os fluxos do programa e feitas contribuições à instrução normativa de acidente em serviço publicada recentemente no Diário Oficial do Estado. Esse órgão vem referenciando o Paist como modelo a ser expandido para as demais secretarias estaduais.

O voo: refletindo sobre os desafios do voo cotidiano e sobre o horizonte de chegada

Na trajetória, voamos em meio a correntes de ventos contrários. Sabe-se das dimensões dos problemas, mas também das inúmeras possibilidades, precisando apenas ser identificadas e aproveitadas, na medida em que se tem um olhar atento e um projeto claro. Desta forma, muitos desafios ainda permeiam o processo de implantação, a exemplo da escassez de experiências semelhantes no serviço público, da inexperiência e ausência de acúmulo teórico na área de Saúde do trabalhador de quase todos os membros das equipes, assim como do número insuficiente de trabalhadores nos Siasst locais. Mas, talvez, o maior desafio ainda seja o de transcender a predominância do modelo tradicional, fragmentado e centrado na doença, para um modelo mais ampliado, que coloque o trabalhador e suas representações como sujeitos ativos no processo de produção da Saúde.

Entretanto, colheram-se outros tantos resultados ao longo do voo, dentre os quais podemos citar a existência de serviços de Saúde do trabalhador em fase de reorientação em 16 unidades da Sesab, a entrega para editoração e impressão do Documento Base e do Manual de Implantação do Paist e a implantação de CLST em 5 unidades da Sesab, conforme recomendações expressas no referido manual.

Este processo não se encerra em si mesmo, pois favorecer a participação e a reflexão das práticas, a intervenção na realidade, gerando ressignificações e mudanças de paradigma que não se fazem de um dia para o outro. Contudo, espera-se que, com o amadurecimento da política e com os investimentos, por parte da gestão, na composições de equipes multiprofissionais e Educação permanente, tais desafios sejam superados e que as ações propostas pelo Paist sejam efetivadas.

Certamente é preciso consolidar essa experiência e multiplicá-la. Acredita-se que o Paist possa servir de inspiração para o desenvolvimento de uma política estadual de Saúde do trabalhador, que possa alcançar de modo descentralizado os municípios baianos. Afinal, na fase adulta das borboletas, a reprodução é o mais importante.

Aos gestores e trabalhadores, põe-se o desafio de produzir mudanças para que as ações deste programa possam se solidificar. A força essencial para a concretização dessa transformação está na confiança da possibilidade de se construir uma sociedade mais justa e no compromisso de todos os envolvidos com os princípios e diretrizes do SUS.

Referências

- BAHIA (Constituição 1989). *Constituição do Estado da Bahia*. 1989. Disponível em: <http://www.cmnazare.ba.gov.br/index/arquivos/constituicao_bahia.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2013.
- BASTOS, Evelyne N. E. et. al. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza, Ceará. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 388-406.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RH – SUS*. 2. ed. Brasília, 2003. 112p.
- CUNHA, Jane Cléia Cardoso de Bittencourt. *Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005*. 2007. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.
- LAGARTA leva um ano para virar borboleta. *Mundo Animal. Revista Super Interessante*, n. 91, abr. 1995. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/mundo-animal/lagarta-leva-ano-para-virar-borboleta-488821.shtml>>. Acesso em: 03 jul. 2013.
- NOBRE, Letícia Coelho da Costa Nobre. A política de Saúde do trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, Letícia; PENA, Paulo; BAPTISTA, Rosanita. *A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios*. Salvador: Edufba: Sesab: CESAT, 2011. 342 p.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.
- PENALVA, Rita Andrade Quadros. *Borboletas lilases em casulos organizacionais*. Salvador: Companhia Grande Ser, 2001.
- PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo da política. *Rev. Pol. Públ.*, São Luis, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008.
- SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Editora Unijuí, 2007.
- SPEDO, Sandra M. *Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 1998. 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

O acolhimento como orientador do processo formativo: o programa PermanecerSUS

Erica Bowes¹
Antonio Maurício Brasil²
Ana Cristina Coelho Ramos³

Escuta, escuta!
O outro, a outra já vem.
Escuta e acolhe.
Cuidar do outro faz bem.
Ray Lima, 2013.

Introdução: contextualização histórica na perspectiva da PNH/ acolhimento

O Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que um sistema nacional de Saúde pública, deve ser encarado como uma conquista política e social do povo brasileiro na luta por direitos, consagrada na Carta Magna de 1988, cujo conteúdo apresenta a Saúde como “direito de todos e dever do Estado” em seu artigo 196. Uma luta com características ainda atuais como aquela pelo acesso universal, igualitário e equânime às ações e serviços e por um sistema de Saúde que contemple as reais necessidades das pessoas.

Muitos avanços e desafios ao longo de mais de 20 anos de SUS. Resultado do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e, conseqüentemente, do processo de democratização do país, o SUS traz em seus princípios doutrinários e organizativos os norteadores que devem balizar suas ações, o planejamento da gestão

¹ Assistente social, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

² Fisioterapeuta, técnico da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

³ Assistente social, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

e, obviamente, a construção das políticas públicas para a Saúde a serem incorporadas ao seu bojo normativo. Universalidade, igualdade e integralidade somam-se à descentralização, à participação social e às concepções de regionalização e hierarquização da rede conformando o seu arcabouço legal. (BRASIL, 2010; PAIM, 2009; CAVALCANTE FILHO et al., 2009)

O SUS inaugurou uma nova fase no que tange aos processos e concepções de produção de Saúde no país. As chamadas Cartas de Promoção à Saúde, como a Carta de Ottawa (1986), foram essenciais e serviram de base para essa construção, avançando no conceito de Saúde, até então entendido unicamente como o “estado de não doença”. (BRASIL, 2002) Emerge assim a ideia de um conceito ampliado de Saúde, trazendo os pressupostos da promoção nos moldes da vigilância e vinculando, irreversivelmente, a concepção de Saúde à qualidade de vida das pessoas.

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas para a saúde exercem papel fundamental no necessário e contínuo processo de (re)formulação e adequação às demandas sociais. Para Secchi (2010), uma política pública tem dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público, servindo, em outras palavras, ao “tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante”.

Nesse sentido, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde – PNH. (BRASIL, 2004) A necessidade de construção da PNH emergiu da fragmentação observada dos processos e relações de trabalho, da fragilidade, tanto da rede assistencial quanto da articulação entre os níveis de atenção, e do despreparo dos profissionais em lidar com as dimensões subjetivas do cuidado em Saúde. Aliado a isso, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, a existência de poucos dispositivos de fomento à cogestão e o desrespeito aos direitos dos usuários conformam um cenário sobre o qual se faz necessário intervir. (BRASIL, 2010)

A PNH surge como uma política pública que se pretende transversal, devendo, pois, permear todos os espaços de produção de Saúde, corresponsabilizando os atores envolvidos neste processo, quer sejam usuários, trabalhadores ou gestores. Entendida dessa forma, humanizar seria, então, valorizar estes atores. Mais do que isso, seu conteúdo ratifica os princípios do próprio SUS, sob a égide e perspectiva da humanização, enquanto possibilidade de se construir um sistema de Saúde acolhedor e resolutivo.

Precedendo o advento da PNH, outras experiências e/ou programas tendo como proposta central implementar ações em humanização ajudaram a construir sua historicidade no Brasil. O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), trazido por Oliveira e outros (2006) e por Passos e Beneditos (2005), é um bom exemplo disso. Estes últimos autores trazem ainda como exemplos emblemáticos que marcaram a trajetória da humanização, sobretudo no período de 1999 a 2002, como a Carta ao usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999), Programa de Acreditação Hospitalar (2001), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e o Método Canguru, voltado para recém-nascidos de baixo peso (2000).

Após uma década de seu lançamento, em 2013, a PNH encontra ainda grandes desafios a serem superados, tendo um longo caminho para sua efetiva implementação, de forma que os princípios do SUS sejam traduzidos em ações efetivas nas diversas instâncias produtoras de Saúde, deixando de se constituir em ações pontuais ou de exceção e passando à regra no contexto da Saúde pública nacional, com conteúdos já incorporados à prática, desde os processos formativos mais preliminares. Ocorre que, na perspectiva da PNH,

[...] a produção de saúde não prescinde da produção de sujeitos e, dessa forma, o confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente, os modos como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde. (BRASIL, 2004)

A PNH se constrói a partir de princípios e diretrizes e se opera através de um método e de dispositivos. Dentre as diretrizes que expressam o chamado “método da inclusão” e o seu desdobramento enquanto política pública de Saúde, propondo mudanças nos modelos de atenção e gestão, está o acolhimento. De todas as diretrizes que norteiam a PNH, certamente é o acolhimento a que melhor expressa o que se espera quando se oferta ações de cuidado ao outro, nas diferentes dimensões deste e nos diversos pontos da rede. O sentido de “estar com” ou “estar perto de” faz do acolhimento uma diretriz de grande relevância ética, estética e política. (BRASIL, 2010)

O que se chama de acolhimento, pode, na verdade, ser compreendido através de prismas diversos. De acordo com Cavalcante Filho (2009), a palavra acolhi-

mento é portadora de uma polissemia intrínseca, de forma que adquire “almas” e sentidos diversos, complementares e que servem de base à estruturação da *praxis* em Saúde. Faz-se aqui referência ao cuidado que se estabelece pela arte do encontro com o outro, pela possibilidade de construção de vínculos solidários, pela escuta qualificada e responsável com vistas à resolutividade das demandas e pela possibilidade de troca efetiva de saberes, que estimula o empoderamento, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, elementos tão caros quando se pretende a efetiva implementação dos conteúdos da humanização e como estes devem, de fato, ser compreendidos.

Um dos grandes desafios colocados aos atores envolvidos na produção de Saúde é o de transpor para as ações do cotidiano os princípios norteadores da PNH e do próprio SUS. (BRASIL, 2010; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999) Dessa forma, o acolhimento como diretriz e dispositivo da PNH convida tais atores ao exercício da *praxis* numa contínua reflexão acerca dos processos de trabalho, problematizando como se processam tais arranjos internos, seus fluxos e dinâmica.

Partindo do pressuposto de que a humanização traz a produção de sujeitos como condição *sine qua non* à produção de Saúde, diversos autores trazem a importância do alinhamento dos processos formativos ofertados a estudantes e profissionais com uma atuação condizente com os princípios norteadores do SUS, tendo em vista as especificidades da *praxis* em Saúde pública. (ALVES; AERTS, 2011; SANTORUM; CESTARI, 2011; ROSA; LABATE, 2005; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

No contexto dos processos formativos e da Educação em serviço, Ceccim (2004-2005) salienta que para se produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção se faz necessário o diálogo com as ações e concepções vigentes, a construção de novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de Saúde dos conceitos da Saúde integral humanizada e de qualidade, da equidade e demais marcos da RSB. Na perspectiva da Educação permanente em Saúde, Cecim (2005, 2004) sugere o conceito do “quadrilátero da formação”, composto por elementos analisadores para pensar/providenciar tais processos. Têm-se, então, as análises da Educação dos profissionais de Saúde, das práticas de atenção à Saúde, da gestão setorial e da organização setorial. A proposta é que as práticas educativas devem ser críticas e revisitadas de forma que serviços, profissionais e estudantes possam realizar o necessário cruzamento entre os saberes formais e aqueles operadores das realidades.

É ainda Ceccim e Ferla (2009) que traz como a formação dos profissionais de Saúde tem se configurado como o que ele denomina de “reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde”, de forma que não se aproximou da história de lutas, tampouco do projeto de sociedade proposto pela Reforma Sanitária. Observa-se, então, um tensionamento de forças entre instituições formadoras, influência das corporações, lógica do mercado de trabalho, dentre outras, que terminam por conduzir a formação (técnica e ideológica) de estudantes e profissionais em direção diametralmente oposta ao que se espera destes atores quando inseridos no contexto do SUS. Resultado disso é, muitas vezes, a existência de profissionais que não se identificam com os valores e princípios norteadores do SUS, impactando de forma negativa nos processos e relações de trabalho e, obviamente, na qualidade do cuidado ofertado aos usuários.

Este trabalho se propõe a apresentar a experiência do Programa PermanecerSUS como estratégia da Coordenação de Humanização no Estado da Bahia, que adota o acolhimento como componente orientador do processo de formação profissional do futuro trabalhador do SUS e dos modos de operar em Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo de revisão de literatura sobre humanização, acolhimento, formação profissional, Educação em Saúde e o mundo do trabalho, assim como da análise documental do Programa PermanecerSUS. O estudo de abordagem qualitativa permite compreender a realidade concreta, os fenômenos e os processos sociais, tornando-se adequada para os estudos das práticas de Saúde e das relações que se estabelecem entre sujeitos no exercício destas práticas. (MINAYO, 2006)

A revisão de literatura priorizou artigos de autores com reconhecimento no campo da Saúde Coletiva e da Educação na Saúde, com o intuito de melhor subsidiar a análise crítica do objeto de estudo. Para isso, foram utilizados artigos e produções científicas nas bibliotecas virtuais de acesso livre e gratuito, tais como Scielo, Lilacs, Medline, EADSUS, Ministério da Saúde, bem como foram analisados documentos normativos como portarias, leis e normas operativas.

A produção de dados foi realizada por meio de análise documental dos livros de ocorrência das unidades que recebem o programa, das sistematizações da Educação permanente ampliada, relatório de processo educativo de seleção do Programa PermanecerSUS (Pesp), os registros dos estudos de casos, como também leitura das narrativas de egressos.

Programa PermanecerSUS – acolhimento e formação

A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados.

Paulo Freire, 2011.

“O SUS é movido a gente, e gente que cuida de gente deve ser tratado como gente”. (PAIM, 2009, p. 130) O autor enfatiza a necessidade de valorização do trabalhador como sujeito essencial para apoiar as mudanças imprescindíveis na produção em Saúde. Nesse sentido, o SUS institui a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2007), com intuito de orientar as mudanças necessárias à incorporação de novas tecnologias para atenção à Saúde, compreendendo os trabalhadores como atores ativos responsáveis pela reconstrução e ressignificação das práticas.

Historicamente, a formação na área de Saúde desenvolve seus campos de prática nos cursos de graduação, notadamente, ambientes hospitalares e clínicas, em que persiste, hegemonicamente, o modelo médico assistencial privatista. Este modelo possui ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico voltado para o atendimento individual, curativo e com foco na doença.

Nessa perspectiva, os profissionais apresentam fragilidades para atuar junto aos problemas de Saúde da coletividade, bem como atender a complexidade das demandas que se apresentam no SUS. Diante desse contexto, as políticas públicas de Saúde e de Educação que envolvem a formação dos profissionais daquela área – relatadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹⁻⁹, nas diretrizes da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS) e no Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Saúde (FNEPAS) – evidencia, nos últimos anos, a necessidade de implementar mudanças na formação profissional, estimulando a criação de práticas que valorizem a interdisciplinaridade e adoção de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, que objetivem novas produções de Saúde com vistas à humanização e que contribuam para a qualidade das futuras gerações de profissionais. (LACERDA, 2009)

No caminho da qualificação profissional, vários programas na perspectiva da capacitação e atualização de recursos humanos foram criados em direção

à construção de uma proposta pedagógica na área da Saúde no que tange aos campos teóricos e operativos. (BRASIL, 2003) Nota-se que é preciso contribuir também na dimensão ético-política do futuro trabalhador da Saúde, mediante uma experiência educativa que rompa com o puro treinamento técnico e reconheça os elementos fundamentais de formação, alcançando assim o seu caráter transformador.

A formação profissional exige um olhar atento, visto que não é tarefa fácil mudar efetivamente o modo de produzir saúde, desenvolver uma atitude crítica propiciando a criação de espaços pedagógicos relacionais para a responsabilização dos sujeitos, implicando-os como agente de transformação na produção de saúde. Desta forma, vários programas e políticas foram criados para contribuir com a reorientação da formação profissional em Saúde, a exemplo do Pró-Saúde (2005), PET-Saúde (2010), PNEPS (2007), VER-SUS (2004) e, no âmbito estadual, o PermanecerSUS (2008), que se constituiu num dos primeiros investimentos no campo da integração ensino-serviço no estado da Bahia.

O Programa PermanecerSUS, iniciado em março de 2008, sob responsabilidade da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública (Eesp), estruturas integrantes da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH), no contexto da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), se traduz como um programa que integra ensino-serviço numa proposta de inclusão social, contribuindo, por um lado, na potencialização do acolhimento e práticas humanizadas nas unidades e, por outra perspectiva, na reorientação da formação profissional dos futuros trabalhadores da Saúde, em consonância com o projeto ético-político do SUS. Neste mesmo ano, foi lançada a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS-Bahia (PEGTES), que contém em seus princípios e diretrizes estratégias que contemplam tanto a dimensão do trabalho em Saúde como uma produção histórica, cultural e política, como a dos trabalhadores da Saúde como sujeitos e agentes transformadores de seus saberes e práticas. Neste contexto, o processo educativo seria “como um ato criativo, comunicativo, de responsabilização e produtor de sentidos e significados, capaz de provocar mudanças nos sujeitos e nas suas práticas, contribuindo assim, para a humanização da atenção à saúde e democratização da gestão do SUS”. (BAHIA, 2012)

O PermanecerSUS é organizado de forma a permitir o desenvolvimento de acolhimento junto aos usuários e acompanhantes nos serviços de Saúde, desenvolvendo a escuta qualificada, por meio de estágio não obrigatório, entre o 3º e o 7º semestre, dos cursos de Saúde, bacharelado interdisciplinar, Serviço Social e

Psicologia, das Instituições de ensino superior, contemplando a carga horária de 16h de atividades práticas e 4h de Educação Permanente Ampliada.

O acolhimento desenvolvido pelos estudantes dentro da prática de estágio como dispositivo da humanização também é assumido como orientador do processo pedagógico, desde o momento da seleção do programa à vivência no estágio, que aposta no “trabalho como princípio educativo”, utilizando as experiências do acolhimento para a formação crítico-reflexiva dos estagiários. Nessa perspectiva, é possível provocar nos estudantes uma postura ética e responsável durante seu processo de formação, bem como desenvolver práticas humanizadas nos serviços que se encontram

[...] no modelo de desatenção, se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para assistência médica, descortesia nos guichês, desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde [...]. (PAIM, 2009, p. 89)

No contexto do Programa Permanecer SUS, o acolhimento é compreendido como um dispositivo e diretriz da Política Nacional de Humanização, sendo

[...] o encontro entre usuário e profissional/estagiário que por meio da escuta qualificada, estabelece uma relação de vínculo, onde o agente de saúde se corresponsabiliza pela demanda apresentada, como também desenvolve processo de comunicação interna para articulação da rede de serviço de saúde, com vista à garantia da resolutividade e continuidade da atenção humanizada. (BAHIA, 2008, p. 8)

A prática de acolhimento estimula os estudantes a estabelecerem vínculos solidários com usuários e trabalhadores de modo a potencializar a garantia de acesso e informação com qualidade fortalecendo o direito dos usuários do sistema de Saúde. Essa experiência provoca o repensar na organização, no cuidado e atenção por parte do próprio serviço de Saúde, contribuindo na ampliação do acolhimento e qualidade da assistência.

Ademais, os estudantes vivenciam o campo do cuidado como espaço de atuação crítica, reflexiva, comprometida, propositiva e tecnicamente competente no qual produz ações contra-hegemônicas diante do conservadorismo vigente de algumas práticas educativas desenvolvidas no âmbito do SUS. (CECCIM, 2004-

2005) Outrossim, experienciam no estágio a prática interdisciplinar, a formação de rede, estudo e discussão de caso, Educação permanente visando a aproximação do ensino/serviços de Saúde sob gestão direta do Estado.

Nesse sentido, o acolhimento, conduta assumida na produção de saúde no estágio do PermanecerSUS, é utilizado como orientador das práticas educativas, se pautando na reflexão do trabalho cotidiano. A metodologia desenvolvida emprega o uso de perguntas geradoras para favorecer o processo de problematização, por seguinte a introdução de conteúdos novos e, por fim, a construção da prática significativa. Portanto, o acolhimento favorece a produção de sentidos no fazer em Saúde, pois se mobiliza nas relações concretas que operam realidades, propiciando a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação das práticas no cotidiano, estimulado assim a implantação de outros dispositivos da humanização, de modo que seu desenvolvimento e análise colaboram na formação de sujeitos mais críticos, criativos e propositivos para o trabalho em Saúde.

Caminho do programa PermanecerSUS

De sonhação
o SUS é feito:
com crença e luta
o SUS se faz.

Ray Lima, 2011.

A DGTES, por meio da Coordenação Estadual de Humanização da Bahia, elaborou em 2007 o programa PermanecerSUS, implantado em março de 2008, inicialmente, em três unidades de emergência do Estado (Hospital Geral do Estado, Hospital Geral Roberto Santos e Hospital Geral Ernesto Simões Filho).

A escolha inicial do espaço de implantação se deu devido à incipiência do acolhimento nessas unidades, bem como à insatisfação dos usuários com relação ao atendimento desses serviços registrado nos relatórios de visitas técnicas, ouvidoria e manifestações na mídia.

Para ofertar respostas concretas à atenção qualificada na porta de entrada das unidades, elegeu-se o acolhimento como diretriz e dispositivo central para operar o atendimento à população de Salvador. Outra preocupação era que, notadamente, os profissionais de Saúde reproduziam práticas tradicionais, focando sua ação na doença, com fragilidade de escuta e o não reconhecimento do usuário na produção de Saúde.

Diante dessa intenção, a Coordenação Estadual de Humanização organizou o grupo gestor e condutor do Programa PermanecerSUS para implantação do acolhimento articulado com a formação profissional. Em seu ano de implantação, houve a conformação da equipe com supervisores, preceptores para o desenvolvimento do acompanhamento pedagógico.

O processo educativo de seleção se constitui, sendo a primeira de responsabilidade das universidades, um segundo momento no qual os estudantes realizam suas inscrições pelo site da Eesp e submetem-se à avaliação de conhecimentos, e a última etapa, que é organizada sob o formato de oficinas e vivências, pois o programa compreende que esse momento é importante para aproximação do conhecimento do SUS e humanização, conforme pode-se observar nos depoimentos registrados nos questionários de avaliação:

Considerarei esse processo extremamente válido, independente de passar ou não a visão de mundo em relação ao SUS e a saúde em si foi grandemente ampliada. Parabenizo os 'gestores' desse processo e, dessa forma, os futuros profissionais farão grande diferença.

Para mim foi muito mais do que um processo de seleção, foi um período de muita aprendizagem, pois mesmo sendo alguns assuntos já vistos na universidade, nunca tinha tido um espaço tão rico para discussões e debate. Os facilitadores transmitiram muito conhecimento, além do trabalho de análise que estava realizando (que muitas vezes nem eram percebidos). (Depoimento de candidato 10º PESP, 2013)

Passada a etapa de seleção, os estudantes são dimensionados nas unidades contempladas para o desenvolvimento do acolhimento, responsabilizando o serviço para garantia da resolutividade, com foco na satisfação do usuário: “A gente chega desesperado, sem ter em quem se apoiar e quem procurar e quando encontra uma pessoa que quando chama e atende a gente, a gente já se sente que está com tudo. (Depoimento de usuário, 2008)

No que concerne o desenvolvimento do acolhimento, foram estruturados os métodos e instrumentos: mapa de acolhimento, diário de campo, relatórios mensais e livro de ocorrências, no qual o estagiário registra todos os acolhimentos realizados durante o plantão na unidade, qualificando sua ação em categorias – escuta qualificada, acompanhamento/monitoramento dos casos, discussão com equipe multiprofissional, encaminhamento para a rede interna, orientações quanto às normas e rotinas, orientações para a rede externa, ações de Educação em Saúde e participação em espaços colegiados.

A vivência do acolhimento pelos estudantes potencializa as práticas humanizadas do serviço que, segundo percepção do trabalhador,

[...] com a implantação do PermanecerSUS, existiram várias mudanças no hospital, principalmente no atendimento aos pacientes, no acolhimento, a forma de tratar o paciente, a forma como os meninos chegam pra acolher, pra identificar, pra ver como o paciente está. (Depoimento de trabalhador na unidade, 2008)

A incorporação de estudantes universitários de diversos cursos da área da saúde ao ambiente das organizações de saúde é uma proposta absolutamente pertinente, uma vez que estes podem vir a ser agentes de mudança nos padrões de assistência, quebrando a verticalidade do trabalho em saúde, movimentando radicalmente as relações de poder e questionando a realização de ações não-resolutivas que estão enraizadas no cotidiano de muitos profissionais descrentes da efetividade do acolhimento e das propostas e diretrizes do SUS. (LACERDA, 2009)

Durante o estágio, o estudante é provocado a desenvolver competências exigidas ao trabalhador do SUS e ressignificar sua visão de mundo. Segundo alguns depoimentos extraídos de narrativas dos estagiários, ratificamos essa percepção:

[...] minha formação com essa experiência só fez enriquecer e clarear minha área de atuação, pois agora quero atuar no SUS. Fazer parte do SUS é minha meta e contribuir para a sua transformação, assim, a vivência em uma emergência favoreceu a aquisição de novas formas de saber e tecnologias leves. (Depoimento de estudante, 2008)

Assim quando disseram que

o programa vem contribuindo em vários aspectos como trabalho em equipe, relação com o usuário do SUS, relação com outros profissionais de saúde etc, além de abrir um espaço para discussão do SUS, tema pouco debatido na faculdade [...]. (Depoimento de estudante, 2008)

Os depoimentos dos estudantes revelam a importância de conhecer as reais necessidades de Saúde, o processo de cuidado, os conteúdos do SUS e as competências exigidas ao profissional dessa área.

Até o fechamento desse trabalho, o Programa PermanecerSUS já havia realizado 10 processos educativos de seleção, envolvendo 950 estudantes e contemplando 635 estagiários. Atualmente o programa está presente em 14 serviços de Saúde, possui 130 estagiários, 22 preceptores e 3 educadores que realizam o acompanhamento pedagógico.

Considerações finais

Observa-se que o PermanecerSUS contribui para potencializar o acolhimento, bem como a formação profissional, constituindo-se numa importante estratégia da Coordenação de Humanização do Estado da Bahia. No entanto, apresentam desafios a ser superados, com relação à introdução de novas abordagens pedagógicas, o embasamento do preceptor no campo epistemológico da Educação, conferindo-lhe suporte para o trabalho pautado nos princípios pedagógicos, normalmente não contemplados nos cursos de formação em Saúde, exigindo investimentos para suprir essa necessidade. Outros desafios são o quantitativo de trabalhadores voltados para atividades de gestão e execução do programa e recursos financeiros para o desenvolvimento de suas ações.

Apesar desse cenário, segundo Lacerda (2009), é uma experiência inovadora, de vocação interdisciplinar, implantada em algumas unidades de Saúde da rede pública do estado da Bahia, que possibilita mudanças na formação dos estudantes.

Desta forma, é imprescindível eliminar a dicotomia Educação-trabalho que significa a existência de dois mundos com pouca ou nenhuma comunicação entre si, observando que a Educação acontece somente em espaços acadêmicos dissociados do cotidiano laboral, como também a ideia de que o trabalho se restringe à competência técnica que não possui aporte teórico.

Logo, o PermanecerSUS colabora decisivamente para a formação de profissionais diferenciados, na medida em que, para além do arsenal técnico-científico, próprio das respectivas categorias profissionais, a atuação no SUS exige um nível mais elevado de envolvimento e compreensão dos pressupostos que o norteiam, a fim de que se possa ofertar um cuidado de fato integral e resolutivo que contemple as múltiplas dimensões do ser humano.

Referências

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface*, Botucatu, v. 8, n. 15, ago. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Documento base do Programa Permanecer SUS. Salvador: Sesab, 2008.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Política estadual de gestão do trabalho e educação na Saúde do SUS Bahia*. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes nacionais do curso de graduação em Enfermagem*: resolução CNE/ CES de 7 de novembro de 2001. [2001a]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CESo3.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes nacionais do curso de graduação em Medicina*: resolução CNE/CES de 7 de novembro de 2001. [2001b]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CESo4.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, 2010. 44 p., il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda*: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer 2. ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: política nacional de humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 1.996/2007, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <portal.saude.gov.br/.../Portaria_1996_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes de produção de saúde* Brasília, 2010. 44 p. il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidador. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 13, n. 31, p. 315-328, out./dez. 2009.

CECCIM, Ricardo. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2004-2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Educ. Saúde*, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008-2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista da Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Exclusão e Alteridade: de uma nota de imprensa a uma nota sobre a deficiência mental. In: EDUCAÇÃO e exclusão: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre: Mediação, 1997. p. 21-49.

DAVINI, Maria Cristina. *Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde*. Brasília: Editora MS, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

LACERDA, K. *Acolhimento nas emergências públicas de saúde: O Caso da tecnologia "PERMANECERSUS"*. 2009. Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2008. 420 p.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. A humanização na Assistência à Saúde. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Humanização na Saúde: um novo modernismo? *Revista Interface, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SANTORUM, Juliana Acosta; CESTARI, Maria Elisabeth. A educação popular na práxis da formação para o SUS. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200004>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cenage Learning, 2010.

MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa do SUS/BA

Jamilly Ribeiro¹
Larissa Barros
Luciana Chaves
Patrícia Dantas
Tiago Parada
Victor Brandão

Introdução

A participação social constitui um desafio para as sociedades democráticas. No Brasil, essa participação tem desempenhado papel fundamental no processo de redemocratização do país, e, particularmente, no movimento pela Reforma Sanitária e na construção do Sistema Único de Saúde. Quer seja em organizações da sociedade civil, ou nas instâncias formalizadas no âmbito institucional, a participação social tem contribuído para a tomada de decisões e para o controle social na gestão das políticas de Saúde.

A proposta, projeto, processo e movimento da Reforma Sanitária Brasileira tem colocado como eixo central, desde os seus primórdios, a organização de um sistema democrático na área da Saúde, em que os sujeitos interessados possam protagonizar um amplo debate sobre a Política Nacional de Saúde, assim como influenciar seus processos decisórios. (PAIM, 2008) Nesse sentido, já no documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – (Cebes), em 1979 e publicado em 1980, intitulado *A questão democrática na área de Saúde*, aparece a participação social como estratégia de democratização e justiça social articulada à noção de direito à Saúde e à proposta de reforma setorial.

¹ Coordenação estadual MobilizaSUS/Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

O princípio da participação assumiu papel importante nas formulações incluídas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco institucional do processo de reforma, orientando o texto do capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988. Essa conjuntura representa um marco histórico e político no sentido da reorientação das políticas de Saúde no país. Sabe-se que as discussões acumuladas nesse processo resultaram na consagração institucional da Saúde como “direito de todos e dever do Estado” e deram origem à Lei Orgânica da Saúde, de 1990, sendo a participação social referendada na lei 8.142 de 1990, que institui os conselhos e conferências de Saúde. A participação, nesse contexto, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas sociais e impulsionar as mudanças necessárias nos modelos de atenção e de gestão do SUS. (VALLA, 1998)

Nesse sentido, a gestão participativa no SUS coloca-se como estratégia fundamental e impulsionadora das transformações necessárias, propiciando espaços coletivos de formulação conjunta das políticas de Saúde. Além disso, assegura a inclusão de novos atores políticos, a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuárias e usuários, movimentos populares e entidades da sociedade, ampliando a esfera pública e conferindo legitimidade às políticas de Estado e, conseqüentemente, ao processo de democratização da sociedade brasileira. (BRASIL, 2009b)

Em 2003, assume o governo brasileiro o Partido dos Trabalhadores, cuja bandeira e projeto sustentam-se no fortalecimento da democracia. Essa conjuntura possibilitou a criação, nesse mesmo ano, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e a publicação de uma Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS) e a instituição do Comitê Nacional de Educação Popular no SUS (CNEPS), no ano de 2009. Reafirmam-se, assim, os pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à Saúde e de responsabilidade do Estado, valorizando os diferentes mecanismos de participação popular e de controle social na gestão do SUS, especialmente os conselhos e conferências de Saúde. (BRASIL, 2009b) Ainda em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS buscando fortalecer os conselhos de Saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de Saúde nas três esferas de governo. (BRASIL, 2007)

Esses fatos revelam o esforço que vem sendo desenvolvido no âmbito institucional para a criação de condições favoráveis ao exercício da participação social, do controle social e da gestão participativa. Esse processo vem sendo acom-

panhando da realização de diversos estudos e artigos que retratam e refletem sobre a experiência da participação e do controle social no SUS no Brasil. Esses trabalhos fazem uma análise acerca da dinâmica, desafios e limites das instâncias formais e não formais de participação da comunidade no SUS. As análises sobre os fóruns que pavimentam o caminho para a democracia participativa no Brasil – conselhos, conferências, CIB, CIT, colegiados gestores etc – levantam elementos fundamentais à reflexão sobre esses coletivos, bem como sobre a construção do processo democrático no país. (CORREIA, 2005; COELHO, 2007; CÔRTEZ, 2009; ESCOREL; MOREIRA, 2009; LABRA 2009)

Na Bahia, o tema da participação e controle social no SUS compõe agenda política desde a época de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 (PAIM, 1989), quando se criou o Conselho Estadual de Saúde. Ao longo do processo de implementação do SUS no estado, durante os 90 anos do século passado, desenvolveu-se o processo de criação dos conselhos de Saúde e realização das conferências de Saúde.

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) desenvolve desde 2008 uma experiência no campo da participação e do controle social no SUS, inicialmente um projeto, atualmente configurado como programa, que é o “Fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS-Bahia – MobilizaSUS” – o qual contempla um conjunto de ações educativas dirigidas à formação de articuladores regionais e facilitadores municipais, conselheiros municipais de Saúde, militantes de movimentos sociais e estudantes de ensino médio e superior, visando ao fortalecimento do processo de gestão participativa e controle social do SUS.

Dessa forma, o presente artigo busca descrever e analisar a inserção do MobilizaSUS na agenda política da Saúde na Bahia e o seu processo de implantação e implementação no período de 2008 à 2013.

O MobilizaSUS na agenda política da Saúde na Bahia

O rearranjo das forças políticas no âmbito estadual, nas eleições de 2006, conduziu ao Governo do estado um conjunto de atores comprometidos com o desenvolvimento da gestão participativa, representando uma novidade no cenário político baiano no que concerne ao tema.

Isso possibilitou a reinserção da temática da participação e controle social na Agenda Estratégica da Saúde de 2007 (BAHIA, 2007a) e no Plano Estadual de Saúde, elaborado no período 2007-2008 (BAHIA, 2009a), evidenciada no primei-

ro objetivo do primeiro compromisso de gestão, com um escopo de ações mais amplo que o que consta no Plano de Saúde 2004-2007. (BAHIA, 2004)

O MobilizaSUS, com o subtítulo de “Estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa no SUS-Ba” (BAHIA, 2010a), possui ações que o aproxima da perspectiva “movimentista” da RBS. (FLEURY, 1997, p. 29)

Apesar do contexto favorável, somente em 2008 o projeto MobilizaSUS aparece na Agenda Estratégica do estado. Alguns fatores contribuíram para isso tais como: a realização da VII Conferência Estadual de Saúde (7ª Conferes), antecedendo à XIII Conferência Nacional de Saúde, e a reivindicação apresentada ao governo por representantes dos movimentos sociais organizados, de Salvador, os quais demandaram participação na construção das políticas públicas de Saúde na Bahia. (PARADA, 2010) Dessa forma, realizou-se o I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde, desenvolvido no mês anterior à realização da 7ª Conferes, cujo objetivo foi construir um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em defesa do SUS e do seu fortalecimento. (PARADA, 2010)

Formulação e decisão

A formulação do projeto MobilizaSUS considerou os marcos normativos da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (BRASIL, 2006b) e do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), assim como das proposições gerais do Governo do estado para a Saúde. (SOLLA et. al., 2007) Destaca-se, logo na apresentação do projeto, o seu caráter intersetorial envolvendo Ministério Público, Educação e Saúde, concretizando-se com a criação do grupo de trabalho – GT MobilizaSUS – constituindo-se de representações do Ministério público, Conselho Estadual de Saúde, Sesab, Secretaria da Educação do Estado da Bahia e Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia.

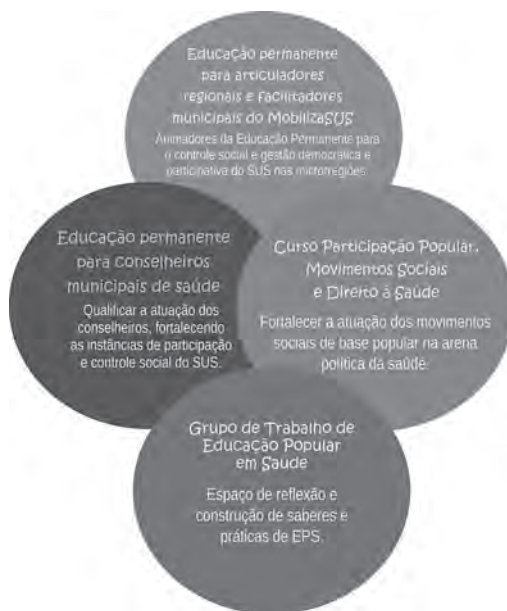
Destarte, o marco normativo de referência do MobilizaSUS pauta-se por diretrizes que envolvem o diálogo, participação, consideração da experiência, construção coletiva, autonomia e reflexão crítica. Considera-se que também seja orientado pelo caráter político da participação “como meio de democratização do Estado e da sociedade” (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009, p. 240), corroborando para o objetivo geral de “[...] ampliar e qualificar a participação da população na formulação, gestão e controle social das Políticas Públicas de Saúde”. (BAHIA, 2008, p. 7)

As ações do MobilizaSUS estão hierarquizadas a partir das estratégias principais de desenvolvimento de seminários e de formação de redes. Na formação de redes acontece a organização das ações pela distinção das atribuições dos atores na rede, referenciadas à regionalização com ações, preponderantemente educativas, emergindo dois atores-chave para a constituição da rede: atores do *locus* regional, os “articuladores regionais” (diretorias regionais de Saúde – Dires, diretorias regionais de Educação – Direc, Ministério Público e movimentos sociais), com atribuições relacionadas à articulação, apoio e referência, e os atores do *locus* municipal, “facilitadores” (gestores, trabalhadores e usuários do SUS e professores do ensino médio), com atribuições relacionadas a desenvolvimento, qualificação e incentivo.

Implementação

O MobilizaSUS inicialmente encontrava-se configurado a partir de três ações estratégicas: Educação permanente de articuladores regionais e facilitadores municipais do MobilizaSUS, Educação permanente para conselheiros municipais de Saúde e o curso “Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde”, de modo que, no ano de 2012, foi incorporada a ação Grupo de Trabalho em Educação Popular em Saúde (Figura 1).

Figura 1 – Ações estratégicas do MobilizaSUS.



Em 2008, foram realizados os I e II encontros do MobilizaSUS para formação de articuladores regionais de Educação permanentes para o controle social no SUS, além de iniciado o processo de formação de facilitadores com duas oficinas microrregionais. Assim, a implementação do projeto iniciou-se com a constituição da rede MobilizaSUS através da realização de processos educativos construindo elos e vínculos com 155 articuladores e 1.004 facilitadores.

É importante destacar que 2008 foi ano de eleições municipais, cenário que de alguma forma influenciou o desenvolvimento das ações de implementação. Também é importante apontar que durante esse período houve modificações em relação à concepção do projeto, a partir de um ajuste das metas ao período, e dessa forma o horizonte temporal do MobilizaSUS deixa de estar circunscrito a um ano assumindo a configuração de programa.

Em 2009, o MobilizaSUS deu continuidade ao processo de qualificação dos articuladores regionais e formação de facilitadores abrangendo nove microrregiões de Saúde. Neste ano, dando continuidade ao fortalecimento da participação e controle social no SUS, foi elaborada proposta para qualificação dos conselheiros de Saúde.

Importante apontar que nesse ano é publicada a última versão do Plano Estadual de Saúde – PES 2008-2011, em que o projeto MobilizaSUS aparece como ação estratégica com o objetivo de “Fortalecer a participação e o controle social no SUS-Bahia”. (BAHIA, 2009, p. 60) Identifica-se como ação relativa ao projeto, dentre outras, a “rede de educação permanente e espaços de sociabilização e debate para gestão democrática e controle social implantados nas 28 microrregiões de saúde”, formulação que não aparece em outros instrumentos, sinalizando a influência dos atores da Assessoria de Planejamento da Sesab. Outra inovação importante é a apresentação dos princípios da Educação popular como fundamentos do projeto, o que é mais claramente evidenciado no relatório de gestão de 2010. (BAHIA, 2010b)

A partir de 2009, o MobilizaSUS começa a organizar as “Tendas Paulo Freire”, inspiradas nos “círculos de cultura” desenvolvidos na pedagogia freiriana (FREIRE, 2005), que se constituíram como um espaço educativo coletivo propício à liberdade de expressão e produção de cultura, oportunizando aos trabalhadores, gestores, estudantes, representantes de movimentos sociais e populares darem visibilidade às suas ações e construção do debate político na área da Saúde. A primeira Tenda foi realizada em 2009, no 8º Congresso Nacional Rede Unida. Em 2010, realizou-se uma outra Tenda na I Mostra Integrada de Saúde da Família e Vigilância à Saúde.

A partir de 2010, são realizadas outras ações, como um curso para militantes de movimentos sociais e estudantes de nível superior em Saúde, realizado em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, contemplando 60 participantes de diversos segmentos e cursos com os conselheiros de Saúde, no período de 2010 a até 2013, que abrangem até então 18 microrregiões de Saúde, 207 municípios e 2284 conselheiros municipais de Saúde.

O curso com os conselheiros surge quando o GT do MobilizaSUS propunha uma agenda para construção coletiva de um curso para ser realizado junto com os CMS. O curso construído pelo GT do MobilizaSUS foi executado em 2010. A partir de 2011, a condução e execução do curso passou a ser responsabilidade do grupo gestor/coordenação do MobilizaSUS, cuja formação reduziu-se a trabalhadores e trabalhadoras da DGTES, não havendo mais participação da Secretaria de Educação do Estado da Bahia, do CES, do Cosems ou do Ministério Público.

Atualmente, o curso é organizado e realizado através dos atores DGTES/MobilizaSUS, podendo contar com a colaboração de articuladoras e articuladores do MobilizaSUS nas Dires, que são responsáveis pela organização da infraestrutura e da mobilização dos conselhos municipais de Saúde. A Educação permanente para o controle social e a Educação popular foram os principais pressupostos ético-metodológicos utilizados para a construção do curso.

Além dos espaços e encontros presenciais, fez-se uso das tecnologias disponíveis para capilarizar os processos educativos e de gestão, a exemplo da realização de 7 videoconferências com as 28 microrregiões para animar e fortalecer a rede, desenvolver processos educativos e mobilizar sujeitos para realização das conferências municipais e estadual de Saúde. Dessa forma, a rede MobilizaSUS esteve comprometida com as ações de mobilização e participação nas conferências municipais de Saúde e, também, no apoio à organização e realização da 8ª Conferes – Conferência Estadual de Saúde, especialmente da Tenda Maria Felipa,² do acolhimento e do espaço de cuidado integral.

Com a aprovação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e do Programa de apoio à política nacional de Educação permanente para o controle social no SUS, o MobilizaSUS amplia o seu escopo de ações em 2013 contribuindo para o desenvolvimento do curso de Educação popular para agentes comunitá-

2 Com o objetivo de homenagear uma mulher negra que lutou pela independência da Bahia, a Tenda Maria Felipa configurou-se enquanto espaço de diálogo sobre o subeixo “Participação, controle social e incremento à ação comunitária”, rodas de conversas, expressões da arte popular, além de atividades coletivas de cuidado, fortalecendo a ideia-força de levar o SUS para a praça.

rios de Saúde e agente de endemias e o curso nacional de Ativação para o desenvolvimento da prática para o controle social no SUS – QualiConselhos.

O conjunto dessas ações aponta para a ampliação do debate sobre os sentidos e significados da participação social, do controle social e da luta pelo direito à Saúde no SUS, a ampliação do conhecimento dos participantes sobre o SUS, reconstrução da visão acerca do sistema de Saúde brasileiro e o seu protagonismo na luta pela efetivação do direito a Saúde.

De uma forma geral, no desenvolvimento das oficinas busca-se utilizar técnicas de construção coletiva das atividades, integrando rodas de conversações e exposições dialogadas, trabalhos em grupo com a utilização de técnicas de animação envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização e sistematização, produção de painéis, construção de cartazes, dramatizações – como o Teatro Fórum de Augusto Boal. Os trabalhos são realizados em pequenos grupos com uma média de 25 pessoas por grupo, tendo um facilitador, geralmente técnicos da DGETS, e um apoiador, trabalhador(a) das Dires.

É importante considerar que os processos formativos com os conselheiros de Saúde constituem-se como espaços de construção de redes para o fortalecimento do controle social no âmbito regional e estadual.

Considerações finais

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de Saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada e participativa, o desenvolvimento da atenção integral à Saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. (BRASIL, 2007)

Os processos educativos do MobilizaSUS pretendem estimular uma gestão democrática e participativa na Bahia através do incentivo a formas coletivas e emancipatórias de aprendizado e leitura da realidade no cotidiano de Saúde no estado, incentivo a participação popular no SUS e a construção do diálogo com as práticas e desejos dos movimentos populares. Possibilitar a inclusão e participação dos sujeitos nesses espaços de discussão é propiciar o exercício da cidadania, atuando na efetivação do sujeito enquanto agente transformador da sociedade.

Apesar dos avanços, sua implementação tem revelado a dimensão do desafio de se efetivar uma gestão participativa do SUS, evidenciando os limites do Estado e a histórica carência da sociedade pela vivência de processos democráticos participativos. Considerando as discussões de Mário Testa (1992) sobre o poder nas organizações de Saúde, podemos considerar que há fragilidades e limites re-

lacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico por parte dos atores envolvidos no âmbito institucional, associadas, entretanto, a uma potência transformadora do método. (PARADA, 2010)

Entretanto essa vivência aponta que se precisa ainda ser mais inventivo e ousado, na radicalização da democracia na construção do direito à Saúde. Precisa-se dar conta de construir condições de espaço, tempo e sujeitos para forçar os limites da instituição para a participação popular, ao tempo em que se luta para a construção de outra hegemonia em termos de valores na sociedade, resgatando conceitos como solidariedade, amorosidade e respeito, ratificando-se assim o lugar estratégico da Educação popular em Saúde.

A gestão participativa requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação da comunidade e dos profissionais de Saúde na formulação e fiscalização das políticas de Saúde. Isso pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre Saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade e, principalmente, estimulando a autonomia. (BRASIL, 2007)

O campo da participação e do controle social no SUS nos desafia a desenvolver estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos dentro de uma máquina estatal, que muitas vezes dificulta a realização das ações pela própria estrutura histórica e política, pela burocracia e pela disputa de interesses.

Cabe registrar que a Saúde, enquanto política social, é resultado das formas de orientação política da gestão do Estado capitalista, não podendo este ser compreendido como uma “entidade intrínseca”, mas como uma relação social, como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, que se expressam, de maneira sempre específica, no seio desse Estado. (POULANTZAS, 2000) Nesse sentido, diversos militantes do movimento pela Reforma Sanitária e do movimento de Educação popular em Saúde, como fração da classe trabalhadora, permeiam as fissuras, divisões e contradições internas do Estado com suas lutas e necessidades históricas, que, nesse caso, buscam engendrar forças na perspectiva movimentista da RSB, reafirmando como estratégias o desenvolvimento da consciência sanitária, a mobilização e organização das classes subalternas como alguns caminhos para contornar o pessimismo da razão. (PAIM, 2008)

Mesmo diante de tantos impasses e desafios assinalados, uma conjunção de elementos e fatos políticos construiu e constrói uma “janela de oportunidades” que possibilita os avanços no processo democrático. Nesse sentido, os diversos

atores da rede MobilizaSUS devem seguir produzindo coletivamente processos de reflexão e crítica às suas práticas e as dos sujeitos, como também fomentando a participação como maior exercício pedagógico para a cidadania. Colaborar na construção da aptidão crítica e empoderamento dos sujeitos é condição *sine qua non* para constituição de atores sociais capazes de colocar suas agendas no Estado e, desta forma, produzir decisões que afetem significativamente a vida de uma sociedade.

Referências

- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Agenda estratégica da saúde 2007*. Salvador, 2007a.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Agenda estadual de saúde: mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades*. Salvador, 2004. 161 p.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *MobilizaSUS: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS*. [2010a]. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/mobilizasus>>. Acesso em: 15 mar 2010a.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Plano estadual de saúde: Gestão 2007-2010*. Salvador, 2009. 128p.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social, o SUS é uma escola de cidadania*. 2008. 14 p.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Relatório: I Seminário regional movimentos sociais e saúde*. Salvador, 2007b. 33 p.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Relatório preliminar do MobilizaSUS: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS*. Salvador, 2010b.
- BRASIL. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília. 2006a. 76 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2. Brasília, 2009a. 44 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.256/GM, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jul. 2009b. p. 51.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. A questão democrática na área de saúde. *Saúde Debate*, n. 9, p. 11-13, jan./mar. 1980.

- COELHO, V. S. P. *A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados*. Novos estud. – CEBRAP, São Paulo, n. 78, jul. 2007.
- CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005. 280 p.
- CÔRTEZ, S. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro. Cebes. 2009.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro. Cebes. 2009.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.
- FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro. Cebes. 2009. Rio de Janeiro. Cebes. 2009.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005. 213 p.
- LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo político. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro. Cebes. 2009. Rio de Janeiro: Cebes. 2009.
- PAIM, J. S. A gestão do SUDS no estado da Bahia. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 365-375, out./dez. 1989.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: Edufba, 2008. 356 p.
- PARADA, T. C. S. *MobilizaSUS na Bahia: emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional*. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- POULANTZAS, N. *O Estado, o poder, o socialismo*. Trad. Rita Lima. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- SOLLA, J. J. P. et al. Saúde e qualidade de vida na Bahia: políticas de estado e desenvolvimento. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, supl. 2, p. 9-26, set., 2007.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, p. S07-S18, 1998. Supl. 2.
- VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias* [on line], ano 11, v. 21, p. 218-251. 2009. Citado 2010-02-21.

Satisfação e retenção no trabalho: a percepção dos coordenadores médicos da assistência em cinco hospitais da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Rosangela Maria Regis Duarte Katayose¹

Sheyla Maria Lemos²

Carla Lourenço Tavares de Andrade³

Introdução

Na área da Saúde na Bahia, várias pesquisas de avaliação de satisfação realizadas focalizam a perspectiva dos usuários em relação aos serviços ofertados tanto na rede pública quanto na rede privada. Explorar a temática da satisfação sob o ponto de vista dos coordenadores médicos possibilitou suscitar reflexões sobre os processos e espaços de trabalho, bem como sobre a dinâmica e clima das organizações, neste caso, hospitais da Secretaria Estadual de Saúde.

Para tanto, este estudo tomou como referência o conceito de satisfação no trabalho que, segundo Robbins (2002), seria a atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho, envolvendo aí as relações de trabalho (relações de poder), a organização desse trabalho, o ambiente, as políticas e programas de gestão, as tecnologias utilizadas pela organização, sua história, o ambiente econômico-financeiro, as metas e objetivos previstos, as expectativas e desejos dos trabalhadores, entendidos de forma individual e coletivamente.

1 Assistente social da Superintendência de Recursos Humanos em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mestre em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

2 Médica, tecnóloga de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

3 Estatística, tecnóloga de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Com base no conceito acima, buscou-se analisar os fatores de retenção/satisfação e assim identificar as razões e os porquês dos coordenadores médicos permanecerem nos seus postos de trabalho, e, com base nos achados, propor ajustes e adequações, se necessárias, na Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Pegtes) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). (BAHIA, 2011)

O termo retenção foi tomado de empréstimo da área de administração de empresas, considerando que, na Saúde, fixação é usualmente mais utilizado na bibliografia do campo e é, a grosso modo (tendo em vista que não foi possível fazer um estudo mais aprofundado sobre essa diferenciação), mais utilizado quando se trata de discutir estratégias para fixar profissionais em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade. No caso de retenção, seu emprego é maior quando se tratam de estratégias para reter os bons profissionais numa determinada organização. E que, para este estudo, foi o termo mais adequado.

Foram escolhidos para o estudo de campo cinco unidades hospitalares componentes da rede de atenção da Sesab que foram objeto de projeto-piloto de dimensionamento da força de trabalho: Hospital Geral do Estado (HGE), Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Hospital Geral Menandro de Faria (HGFM), Hospital Manoel Vitorino (HVM) e a maternidade Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba).

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que contribuem para a retenção/satisfação no trabalho, na percepção dos coordenadores médicos, nessas cinco unidades hospitalares, assim como caracterizar a importância e satisfação atribuídas, estabelecendo uma ordenação de prioridades entre eles e relacionar a importância e satisfação a características tais como faixa etária, tempo de formado e tempo no hospital.

Para Menezes (2002), grande importância tem sido dada ao estilo democrático na gestão das organizações. O autor aponta teorias de autores contemporâneos na área de administração, relacionando-as com a cooperação e comprometimento dos trabalhadores mediante a adoção de estilos administrativos mais democráticos, capazes de reduzir os conflitos inevitáveis entre os objetivos organizacionais e os individuais, pressupondo que o empregado quer participar de forma responsável, do processo decisório organizacional, contribuindo com o seu potencial para a busca criativa de soluções.

Daí a ênfase em mecanismos e estratégias de motivação desses trabalhadores, a partir de incentivos mais complexos e diversificados que podem ser materiais ou psicossociais, como na valorização do trabalho em equipe, nas decisões

descentralizadas, na autoridade baseada no conhecimento e na escuta, na relação de confiança nas pessoas, no maior desenvolvimento das potencialidades do trabalhador e na multiespecialização (em substituição à rígida especialização e à mecanização do trabalho). Menezes (2002) refere-se ao ranqueamento, no qual as cinquenta consideradas melhores empresas brasileiras para se trabalhar apresentaram em comum dirigentes preocupados com a motivação dos funcionários e com a satisfação de suas necessidades materiais e psicossociais. Sob o ponto de vista dos empregados, foram considerados de maior importância aspectos como: valorização e respeito pelos superiores, possibilidade de aprendizado e de exercício de novas funções ou de cargos mais complexos, mediante, inclusive, *job rotation*,⁴ autonomia, liberdade de expressão, promoção de mudanças no trabalho, autogerenciamento e ambiente informal.

Vroom (1964), citado por Furnaletto e outros (2011), reconhece como fator de retenção das pessoas a satisfação com o trabalho, e, como determinantes dessa satisfação, são relacionados aspectos como o bom relacionamento com o supervisor direto, o trabalho em grupo, o controle sobre os métodos e o ritmo do trabalho, desempenho, salário, oportunidade de promoção e horas de trabalho, a especialização etc.

Se no setor privado é recorrente a preocupação com a identificação de fatores que influenciam na satisfação do trabalhador, no setor público, e especificamente na área de Saúde, este tema ainda precisa ser melhor explorado.

Para Mussak (2010), a Teoria dos Dois Fatores defendida por Frederick Herzberg (1966) sobre fatores motivacionais e higiênicos contribuiu para a compreensão da questão da motivação no ambiente de trabalho dos coordenadores médicos dessas organizações hospitalares.

Segundo Mussak (2010), Herzberg conseguiu verificar que a satisfação estaria mais relacionada aos aspectos do próprio trabalho em si, enquanto que a insatisfação estaria mais relacionada aos elementos do ambiente de trabalho, levando-o a concluir que o contrário de insatisfação não é a satisfação. Isto o leva a deduzir que o suprimento daquilo que as deixa insatisfeitas não as leva necessariamente à satisfação ou vice-versa.

Para Herzberg citado por Mussak (2010), os fatores motivacionais, tais como realização e responsabilidade, estão diretamente relacionados com o trabalho em si, ou seja, ao conteúdo do trabalho. Por outro lado, os fatores de manutenção

4 Rodízio de funções promovido pela empresa. O objetivo é capacitar os funcionários nas diversas áreas, para que adquiram uma experiência global na organização.

estão principalmente relacionados ao contexto de trabalho, porque estão mais ligados ao ambiente que envolve o trabalho.

Segundo Gil (2007), a aceitação da teoria de Herzberg não autoriza desconsiderar os fatores higiênicos e diz que aumentar os salários não necessariamente leva as pessoas a trabalhar com mais afinco, mas pode deixá-las satisfeitas o bastante para que outros fatores possam motivá-las. No entanto, se as condições de trabalho e o salário provocam insatisfação, isso as deixam desmotivadas, e dificilmente outro elemento será capaz de motivá-las.

Bergamini (1989) corrobora com a afirmativa de que, tomando por base tudo que já se pesquisou até hoje sobre motivação, é fundamental se levar em conta diversas outras variáveis relacionais à motivação. Ao referir motivação no trabalho, a autora afirma que existem dois aspectos intrinsecamente imbricados, quais sejam, o indivíduo e a organização. Isto significa considerar as estruturas e processos organizacionais, assim como a complexidade do comportamento motivacional e da necessária humildade no reconhecimento da pouca capacidade das organizações e da área de Gestão do Trabalho, sobre a responsabilidade de “motivar pessoas”.

No entanto, a autora acima chama atenção para os equívocos atribuídos à motivação aquilo que ela denomina de “movimentação”, ou seja, quando um fator externo provoca um movimento positivo ou negativo, na maioria das vezes é o movimento produzido em razão de algo, de busca, e não a motivação, que é de caráter individualizado, subjetivo e exemplifica: o amor não passa a existir por causa de prêmios extrínsecos que se pode receber ao senti-lo. A autora alerta para a tentação de atribuir a outros, objetivos que são nossos. Por outro lado, perceber a identidade individual e as diferenças entre as pessoas é possível pelo menos, evitar a desmotivação

Pouco se tem estudado no âmbito dos interesses e razões para que, e por que, alguns médicos permanecem por maior tempo nos seus postos de trabalho mesmo em ambientes organizacionais desfavoráveis, enquanto outros realizam trocas frequentes de unidades ou de postos dentro do mesmo local de trabalho. Propor e implementar políticas de pessoal de modo que o trabalho represente uma dimensão para além daqueles que incorporam o viés ideológico da causa em defesa do SUS é um desafio para a área de Gestão do Trabalho.

Perceber as distintas formas de organização do trabalho médico, seja na produção estatal de serviços, no caso, numa organização hospitalar e no trabalho assalariado, ou na prática liberal e autônoma do médico, é fundamental para a compreensão sobre o objeto deste estudo, que tem a finalidade de oferecer pis-

tas para nortear políticas de Gestão do Trabalho inseridas na lógica e possibilidades do setor público de Saúde.

Embora esses fatores colaborem para a compreensão da dinâmica de permanência ou não nos hospitais, há uma complexidade nessa categoria profissional além da simples análise de fatores para tanto.

Para Machado (1997), a corporação médica adquiriu um vasto poder, que se baseia no sólido conhecimento científico que lhe confere reivindicar para si o monopólio da cura. O profissional médico é um exemplo típico de profissão que conseguiu desenvolver acúmulo cognitivo, com exclusivo e vasto mercado de trabalho e forte credibilidade social, sendo esta credibilidade consolidada graças às reivindicações da corporação com o apoio do Estado, que lhe concedeu prerrogativas legais para seu exercício exclusivo.

Este vasto conhecimento lhe confere o *status de expert*. À doença aplica-se o conhecimento médico, para esclarecer e desvendar causas, definir diagnósticos e tratamentos. Num dado momento, esta *expertise* tornou-se exclusiva deste profissional, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os praticantes empíricos e curiosos dessa prática.

No entanto, esta corporação vem passando por transformações. O hospital é o espaço privilegiado para evidenciá-las. A medicina atual tem suas práticas desenvolvidas predominantemente em estruturas organizacionais, tanto públicas como privadas. A institucionalização do trabalho médico é uma questão relevante que traz um grande desafio político para a profissão, principalmente no que se refere às grandes mudanças no mundo do trabalho. A burocratização, a segmentação, a rotinização e a padronização dos atos médicos são fenômenos recorrentes hoje na prática médica.

Para Machado (1997), essa categoria vem perdendo autonomia, poder monopolista e o ideal de serviço. A pauta da categoria atualmente gira em torno de questões como as más condições de trabalho, o assalariamento crescente, o reordenamento do processo de trabalho, a reorganização da equipe de Saúde, com a inclusão de outras categorias profissionais, e as questões sindicais. O poder e o saber, que até então era exclusividade dos médicos, estão sendo questionados e partilhados com outros profissionais da área da Saúde, a exemplo de psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e de outras áreas, como os engenheiros biomédicos e técnicos que lidam com sofisticados equipamentos de apoio diagnóstico e tratamentos.

No entanto, Schraiber (1995) afirma que as teses sobre a desprofissionalização da Medicina pecam por desconsiderar o papel que a autonomia desempenha

na preservação de espaços de decisão no trabalho médico e a sua capacidade de reconstruir arranjos de mercado para si. Além do que, seu trabalho se cristaliza na relação médico-paciente, se configurando essencialmente em momentos de autonomia. A autora diz ainda que os avanços tecnológicos e de produção científica provocam cada vez mais o surgimento de novas especialidades e subespecialidades. Apesar de essas novas especializações produzirem efeitos positivos na credibilidade social “(precisão diagnóstica, tratamento e prognósticos médicos)”, provocam, por outro lado, uma progressiva dependência do médico a técnicas e recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados.

O trabalho em Saúde geralmente conflita com a área do planejamento, tanto no setor público como no privado, especialmente no caso da prestação de serviços médicos, envolvendo interesses dos usuários com o estado, quando é deste a tarefa de planejar a atenção à Saúde de forma ampliada e com a qualidade exigida pela sociedade, e de regular a atividade médica. Conflita também com os empresários, levando-os ao controle de consumo e regulação do processo de trabalho para assegurar a lucratividade empresarial.

Lima (2009) afirma que, apesar da organização hospitalar trabalhar com um conjunto de programas padronizados, a corporação profissional médica lida com os conhecimentos e habilidades próprias que são aprendidas durante a profissionalização e gerados fora da organização hospitalar, nas universidades e nas associações profissionais, e que esses profissionais tendem a se identificar muito mais com os valores da corporação do que com os da organização onde trabalham.

Segundo a autora acima, os médicos atuam com relativa independência numa organização em relação aos dirigentes, em relação aos demais profissionais e na relação que se estabelece com o paciente. Ao definir o diagnóstico e qual o tratamento a ser aplicado, ele determina assim as principais despesas da organização e influencia sobremaneira nas decisões referentes a seus objetivos. A partir dessas decisões, vários outros processos de trabalho são desencadeados.

Finalmente, sendo a autonomia inerente ao trabalho médico, ela deveria estar inserida numa função social de prestação de serviços com a finalidade de melhorar a Saúde do paciente e não atender aos interesses específicos dele e/ou da sua corporação, que muitas vezes são conflitantes com os da população. Para tanto, é importante a sua regulação por parte do poder público, ainda que de forma pactuada, consensual.

Procurar compreender o grau de importância e satisfação atribuídos pelos médicos aos fatores extrínsecos e intrínsecos numa organização hospitalar poderá oferecer subsídios e contribuições aos processos de negociação, principalmente

aqueles relacionados a questões de autonomia, de identificação de interesses convergentes entre esses profissionais, assim como entre a organização e a sociedade.

Métodos

Os instrumentos de pesquisa captaram a percepção dos coordenadores médicos da assistência sobre a importância de fatores em uma situação hipotética (H) e a satisfação em uma situação real (R) na unidade em que trabalham.

Utilizou-se uma escala de satisfação no trabalho (EST), baseada no Índice Descritivo do Trabalho (IDT), que, segundo Spector (2004), é a modalidade mais utilizada entre os pesquisadores. O Job Descriptive Index (JDI), em português “Índice Descritivo do Trabalho” é uma escala da autoria de Pat Smith, de 1969, que foi depois construída sob uma nova versão de Warr e Routledge, em 1983. O Índice Descritivo do Trabalho (IDT) permite determinar o grau de satisfação/insatisfação e os fatores que desencadearam essa maior ou menor satisfação. Outra vantagem deste instrumento psicométrico é a sua facilidade de administração, uma vez que se encontra adaptado a uma “cultura de empresa”, segundo Noronha (2005).

Os instrumentos de coleta de dados (dois questionários) foram construídos e adaptados com base no instrumento de coleta de dados do “Relatório Técnico: A aplicação de um instrumento para o dimensionamento da força de trabalho em hospitais públicos estaduais e a avaliação dos gerentes dos serviços quanto aos determinantes que influenciam na gestão de Recursos Humanos e na organização dos processos de trabalho”, de autoria da professora Ana Maria Malik (2010), em hospitais públicos de São Paulo, em 2010.

Os questionários, praticamente iguais, foram estruturados predominantemente por perguntas fechadas, referentes aos fatores de retenção e satisfação no trabalho. O questionário 1 captou a percepção da importância destes fatores em uma situação hipotética (H) e o questionário 2, a satisfação com eles em uma situação real (R) na unidade em que trabalha.

A importância indicou o quanto o fator foi considerado, em uma situação hipotética, importante e desejado para o entrevistado, tendo em vista sua retenção/satisfação no trabalho. Já a satisfação indicou o quanto o fator foi percebido pelo entrevistado no seu trabalho, em uma situação real, como adequadamente atendido para sua retenção/satisfação no trabalho.

Os dois questionários contemplaram questões que se relacionavam à caracterização das chefias, aos aspectos gerais do trabalho e à organização dos processos de trabalho no hospital.

Foram entrevistados 78 coordenadores, correspondendo à 95% do total de coordenadores médicos existentes no momento de realização do estudo, nos cinco hospitais da Sesab escolhidos. A principal razão de não se ter entrevistado todos os coordenadores deveu-se à dificuldade de conciliação da agenda de algumas chefias com a da pesquisadora.

Para caracterizar o perfil desses coordenadores, foram adotadas as seguintes variáveis: unidade hospitalar em que trabalha, sexo, idade, tempo de formado, tempo de trabalho no hospital, tipo e número de vínculo(s) de trabalho.

De acordo com Spector (2004), para o estudo da satisfação no trabalho existem duas abordagens, a abordagem global, que considera a satisfação no trabalho como um sentimento único e global em relação ao trabalho, e a abordagem em facetas, ou aspectos. Nesta abordagem, uma pessoa apresenta diferentes níveis de satisfação em relação às várias facetas.

Várias escalas podem ser utilizadas para avaliar a satisfação. No entanto, não se pode desconsiderar a dificuldade em construir instrumentos que sirvam para medir a satisfação enquanto atitude ou a avaliação que cada um de nós faz do conteúdo, da organização e das condições do trabalho, “operação que é sempre mental e emocionalmente complexa” diz Spector (2004).

Neste caso, os referidos fatores poderiam ser considerados pelos entrevistados como capazes de reter/satisfazer no trabalho (S), como não sendo capazes (N) ou como sendo indiferente (I). Quando assinalado como capaz de reter/satisfazer (S), ao fator era atribuído um grau de importância de 1 a 5. Na situação hipotética, o 1 era o menos importante e o 5 o mais importante, e, na situação real, o 1 era o menos satisfeito e o 5, o mais satisfeito. Para efeito de análise, as notas atribuídas foram agrupadas em três categorias: alta importância (notas 4 e 5), média importância (nota 3) e baixa importância (notas 1 e 2).

Resultados

Os resultados apresentaram, além do grau de importância e satisfação frente aos fatores de satisfação/retenção relacionados a aspectos gerais e de organização dos processos de trabalho, a caracterização dos entrevistados.

Caracterização dos entrevistados

Quanto à distribuição dos entrevistados por hospitais, o número de coordenadores, como esperado, acompanhou o porte do hospital. O Hospital Geral

Roberto Santos, que apresentou maior número de leitos (800) e de oferta de serviços, concentra o maior número de coordenadores (57,8%).

Quanto à distribuição dos entrevistados por sexo, identificou-se que, do total de 78 coordenadores entrevistados, 32,1% são do sexo feminino.

Na distribuição dos coordenadores por faixa etária, observou-se que a maioria deles possui menos de 40 anos (39,7%) e que apenas 6,4% deles referiram 60 anos ou mais. A média de idade dos entrevistados foi de 45,4 anos, tendo como idades mínima e máxima 31 e 65 anos, respectivamente.

Em relação ao tempo de formado, a grande maioria, 91,0%, possui dez ou mais anos de formados.

Quanto ao tempo de trabalho referido pelos coordenadores médicos em suas unidades hospitalares, independentemente de estarem exercendo ou não a função de coordenadores, identificou-se que 46,2% deles trabalham a menos de dez anos.

Observou-se que o tipo de vínculo predominante é o estatutário (46,8%), seguido de pessoa jurídica (26,2%) e de vínculo terceirizado (18,0%). Vale ressaltar que pessoa jurídica não se caracteriza na Sesab como vínculo de trabalho, pois a modalidade de contratação é por serviço. No entanto, para efeito deste estudo, ele foi considerado como tal, uma vez que se configura como forma de vinculação contratual para a prestação de serviço nas unidades hospitalares consideradas no estudo.

Outro dado que chamou atenção foi o fato de que apenas 4,2% dos coordenadores possui cargo comissionado.

Apesar de haver 78 coordenadores médicos, um número maior de vínculos (122) se explica porque há acúmulo de vínculos por um mesmo coordenador.

Quanto ao número de vínculos que um coordenador médico tem em um mesmo hospital, observou-se que 46,2% das chefias possuem apenas 1 vínculo, 39,7% possuem 2 vínculos e 15%, 3 vínculos ou mais.

Ranqueamento da importância e satisfação atribuídas aos fatores de retenção/satisfação pelos coordenadores médicos

As Tabelas 1 e 2 abaixo apresentam uma ordenação de importância e de satisfação, respectivamente na categoria alta (na qual o fator foi mais importante ou o fator com o qual o entrevistado estaria mais satisfeito, considerando as condições reais em seu trabalho) segundo a perspectiva dos coordenadores médicos entrevistados.

A importância indicou o quanto o fator foi considerado, em uma situação hipotética, importante e desejado para o entrevistado, tendo em vista sua retenção/satisfação no trabalho. Já a satisfação indicou o quanto o fator foi percebido pelo entrevistado no seu trabalho, em uma situação real, como adequadamente atendido para sua retenção/satisfação no trabalho.

No que se refere aos fatores contemplados nos aspectos gerais (25 fatores) na Tabela 1, destacaram-se os seis fatores mais importantes do ponto de vista hipotético para retenção/satisfação no trabalho, quais sejam: 1) remuneração justa em relação ao trabalho que executa, 2) condições de trabalho, 3) remuneração no hospital, 4) resolutividade no atendimento, 5) remuneração justa em relação aos demais com mesma ocupação e 6) remuneração justa em relação aos demais com mesma formação. Chama a atenção como sendo de elevada importância a maior parte dos aspectos que relacionam com a remuneração (exceto a remuneração variável, que ficou em 11º lugar).

Por outro lado, destacaram-se também, na Tabela 1, os primeiros seis fatores considerados com maior grau de satisfação nas condições reais de trabalho que foram: 1) flexibilidade no horário, 2) estabilidade no local em que trabalha, 3) localização da unidade, 4) estabilidade de vínculo, 5) perfil do hospital e 6) estabilidade das lideranças de equipe.

Há uma defasagem entre importância atribuída e satisfação alcançada, uma vez que os fatores considerados como mais importantes foram classificados com menor grau de satisfação (nos últimos lugares da ordenação).

Tais fatores estão a seguir apresentados contrapondo as ordenações atribuídas à importância e à satisfação: remuneração justa em relação ao trabalho que executa (1º e 18º); condições de trabalho (2º e 20º), remuneração no hospital (3º e 23º), a resolutividade do atendimento (4º e 13º), remuneração justa em relação aos demais com mesma ocupação (5º e 16º) e remuneração justa em relação aos demais com mesma formação (6º e 19º).

Igualmente os fatores para os quais os coordenadores indicaram maior satisfação no trabalho, sendo classificados nos primeiros lugares, são fatores pouco valorizados por eles como importantes para a sua retenção/satisfação no trabalho (classificados nos últimos lugares da importância atribuída).

A seguir os fatores são apresentados contrapondo sua ordem de satisfação com a ordem de importância: flexibilidade de horário (1º e 19º), estabilidade no local em que trabalha (2º e 18º), localização da unidade (3º e 24º), estabilidade de vínculo (4º e 20º), perfil do hospital (5º e 16º) e estabilidade das lideranças de equipe (6º e 15º).

Tabela 1 – Fatores de retenção/satisfação – aspectos gerais – segundo ordem de importância e de satisfação na categoria alta para os coordenadores médicos dos cinco hospitais da Sesab. Bahia, 2011-2012 (Hipotético e Real)

Fatores	Ordem (Hipotético)	Ordem (Real)
Remuneração justa em relação ao trabalho que executa	1	18
Condições de Trabalho (infraestrutura, equipamentos, insumos etc.)	2	20
Remuneração no hospital	3	23
Resolutividade do atendimento no hospital	4	13
Remuneração justa em relação aos demais com a mesma ocupação	5	16
Remuneração justa em relação aos demais com a mesma formação	6	19
Atuação da equipe de Enfermagem	7	11
Nº de profissionais na equipe em que atua	8	14
Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos	9	25
O hospital ser considerado como referência de qualidade na sua área de atuação	10	10
Possibilidade de remuneração variável em função do desempenho (produção e qualidade)	11	24
Estabilidade da direção geral do hospital	12	9
Estabilidade da equipe que trabalha	13	7
Atividades de ensino na unidade	14	12
Estabilidade das lideranças de equipe	15	6
Perfil do hospital (considerando a tipologia assistencial)	16	5
Possibilidade de referência para outra unidade	17	22
Estabilidade no local que trabalha	18	2
Flexibilidade de horário	19	1
Estabilidade de vínculo	20	4
Conforto oferecido na unidade	21	21
Existência de serviço de atenção à saúde do trabalhador no hospital	22	17
Possibilidade de aumento na remuneração com plantões extras	23	15
Localização da unidade	24	3
Flexibilidade de vínculo	25	8

Este resultado corrobora com a lógica defendida por Herzberg em relação ao que ele considerou como fatores extrínsecos, ou seja, o grau maior de satisfação dos coordenadores médicos estaria mais relacionado às necessidades higiênicas, que dizem respeito às situações de bom salário, boas relações com os colegas, boas condições de trabalho, entre outras.

Entretanto, alguns fatores, nos quais há uma coincidência na ordenação entre a importância atribuída e a satisfação observada, indicam certo equilíbrio entre a necessidade e a expectativa dos coordenadores médicos, a exemplo do conforto oferecido na unidade (21º e 21º), o hospital ser considerado como referência de qualidade em sua área de atuação (10º e 10º) e atividade de ensino na unidade (14º e 12º).

Quanto aos fatores referentes à organização dos processos de trabalho (19 fatores), apresentados na Tabela 2, parece haver uma congruência maior, do que nos aspectos gerais, entre importância atribuída e satisfação alcançada.

Destacaram-se os seis fatores mais importantes do ponto de vista hipotético, quais sejam: 1) reconhecimento de seu trabalho pelos usuários do hospital, 2) autonomia profissional, 3) funcionamento dos laboratórios, 4) funcionamento do setor de imagem, 5) integração entre os profissionais da equipe e 6) facilidade de comunicação com a direção geral.

Por outro lado, destacaram-se também, na Tabela 2, os primeiros seis fatores considerados com maior grau de satisfação nas condições reais de trabalho, que são 1) facilidade de comunicação com a direção geral, 2) facilidade de comunicação com a chefia imediata, 3) estilo de liderança da direção geral, 4) reconhecimento de seu trabalho pela equipe, 5) autonomia profissional 6) e reconhecimento de seu trabalho pela chefia.

Este resultado, conforme a teoria de Herzberg, haja vista maior valoração dada pelas chefias, reforça o entendimento de que os fatores intrínsecos ou motivacionais estão mais relacionados à realização, ao reconhecimento, ao sentimento de equidade no trabalho.

Observa-se que os fatores abaixo se contrapõem à sua ordem de importância com a ordem de satisfação: reconhecimento de seu trabalho pelos usuários (1º e 8º), autonomia profissional (2º e 5º), funcionamento dos laboratórios (3º e 16º), a funcionamento do setor de imagem (4º e 17º), integração ente os profissionais da equipe (5º e 7º) e facilidade de comunicação com a direção geral (6º e 1º).

Tal resultado parece indicar que as expectativas e a satisfação dos coordenadores quanto aos fatores pertinentes à organização dos processos de trabalho estão mais congruentes entre si, se comparados com os fatores contemplados na Tabela 1, relativos aos aspectos gerais.

Há também alguns fatores em que há uma coincidência maior ainda entre expectativas ou importância atribuídas e satisfação observada: integração entre os profissionais da equipe (5º e 7º), estímulo à cooperação (10º e 10º), possibilidade de exercer funções de maior responsabilidade (14º e 10º), e estímulo à competição (19º e 18º), indicando um certo equilíbrio entre a importância/satisfação.

Tabela 2 - Fatores de retenção/satisfação – organização dos processos de trabalho – segundo ordem de importância e de satisfação na categoria alta para os coordenadores médicos dos cinco hospitais da Sesab. Bahia, 2011-2012 (Hipotético e Real)

Fatores	Ordem (Hipotético)	Ordem (Real)
Reconhecimento do seu trabalho pelos usuários do hospital	1	8
Autonomia profissional	2	5
Funcionamento (precisão e rapidez no atendimento e entrega de resultados) dos laboratórios	3	16
Funcionamento (precisão e rapidez no atendimento e entrega de resultados) do setor de imagem	4	17
Integração entre os profissionais de sua equipe	5	7
Facilidade de comunicação/contato com a direção geral	6	1
Reconhecimento do seu trabalho pela equipe que trabalha	7	4
Possibilidade de inovar	8	13
Facilidade de comunicação/contato com a chefia imediata	9	2
Estímulo à cooperação	10	12
Oportunidade de aprimoramento profissional (congressos, cursos de pós, estágios etc.)	11	19
Estilo de liderança da direção geral da unidade	12	3
Reconhecimento do seu trabalho pela chefia	13	6
Possibilidade de exercer funções de maior responsabilidade	14	10
Possibilidade de se expressar através de instâncias e/ou mecanismos de participação no hospital	15	9
Possibilidade de maior comunicação lateral (contatos diretos, por telefone, online, com outros profissionais e/ou unidades assistenciais)	16	11
Gestão colegiada da unidade	17	14
Possibilidade de mudança de posto de trabalho no hospital	18	15
Estímulo à competição	19	18

Discussão

As mudanças que envolvem a sociedade do trabalho, a sustentação da lógica do lucro, a exclusão social produzida e a relação histórica entre capitalismo, estado de bem-estar e democracia, são questões a serem consideradas ao se abordar temas referentes ao modo de produção capitalista e as suas estratégias de aumento de produção e apropriação do sobre trabalho. Entretanto, na abordagem deste estudo, elas não serão focadas. Interessou-nos, nesse momento, aquilo que se apresenta enquanto estratégia de valorização do trabalho e do trabalhador, elementos norteadores estratégicos para compatibilizar os interesses

dos indivíduos com os da organização, ou seja, a área de gestão de pessoas, mesmo reconhecendo-a como mediadora nessa relação capital-trabalho.

Os fatores higiênicos ou motivacionais analisados na perspectiva da política de Gestão do Trabalho da Sesab, que trazem entre suas diretrizes a ambiência favorável à motivação, assim como o comprometimento e desempenho das pessoas, provocam de imediato a interrogação de como implementá-los em estruturas rígidas e com modalidades de inserção dos trabalhadores baseadas na lógica de concursos públicos e no engessamento dos cargos.

Vale a pena ressaltar que o instrumento de pesquisa utilizado apresentou limitações na apreensão de informações que seriam interessantes para uma análise que levasse em conta as características e especificidade de cada unidade hospital que compunham este estudo.

As variáveis analisadas, faixa etária, tempo de formado e tempo na unidade, também não trouxeram diferenças significativas esperadas, embora a variável faixa etária tenha conseguido, com pouca ênfase, apresentar diferenças de valoração nos fatores apresentados.

Os dados coletados, por sua vez, se constituem em potenciais objetos de novos estudos, pois expressaram o quanto de importância e satisfação foram atribuídos aos chamados fatores higiênicos e motivacionais, elementos de conhecimento fundamentais para a gestão.

Destaca-se que, apesar do maior contingente de trabalhadores da Sesab ser do sexo feminino, a maior parte dos coordenadores é do sexo masculino, o que coloca em discussão se a política da Sesab não está adequadamente considerando o processo de feminização da força de trabalho e a necessidade de incentivos para que as mulheres também assumam cargos de direção nos hospitais em questão.

Predominaram os coordenadores com menos de 40 anos e, logo em seguida, os coordenadores de 50 a 59 anos. Em certa medida, esta distribuição é a mesma do conjunto de profissionais estatutários e com vínculo Regime de Direito Administrativo (Reda), inclusive médicos.

Torna-se estratégico desenvolver ações voltadas para a carreira de dirigentes, principalmente para os estatutários, com menos de 40 anos, tendo em vista a perspectiva de estimulá-los e mantê-los na função de dirigentes.

De forma mais ampla, considerando a força de trabalho como um todo da secretaria, importa desenvolver uma política de aposentadoria que possibilite o aproveitamento da *expertise* dos mais idosos em atividades de apoio e de ensino para os mais jovens, construindo, por exemplo, um banco de talentos com

esses profissionais. Complementarmente também se faz necessário o desenvolvimento de estudos prospectivos de ocupação e/ou reocupação de postos de trabalho, visto que a dinâmica de novos serviços cresce a todo instante (demonstrada pelo número de chefias não contempladas na estrutura formal de cargos comissionados).

Os coordenadores médicos, além de jovens, têm relativamente pouco tempo de formados, evidenciando condições a serem consideradas para o desenho de uma adequada estrutura de incentivos para esses profissionais.

Um problema a exigir resposta urgente da secretaria referiu-se à diversidade de tipos de vínculos existentes e a existência de profissionais com vários vínculos de trabalho na mesma função de coordenação. Destaca-se que a maior parte deles não tem vínculo estável com a secretaria e não recebem gratificação de forma devida pela função que exercem. A primeira versão do documento da Pegtes já identificava a precariedade de vínculos e condições de trabalho. A atual estrutura de cargos de dirigentes não responde às demandas de gestão das unidades hospitalares. Tal quadro possivelmente acarreta diferenças importantes de remuneração e se constitui em fator de desincentivo para o trabalho desses profissionais.

A maior parte dos fatores de retenção/satisfação, sejam os relacionados aos aspectos gerais, sejam os de organização de processos de trabalho apresentados no estudo, foram considerados pela maioria dos coordenadores como fatores que, em tese, contribuem para a retenção/satisfação no trabalho, sendo assim elementos que devem ser contemplados em uma estrutura de incentivos da Sesab.

No que diz respeito à relativa compatibilidade entre a importância atribuída e a satisfação frente ao fator autonomia profissional, pode-se inferir que as estruturas organizacionais hospitalares ainda são lócus mais que legitimados para o exercício dessa autonomia médica, embora a menor satisfação em relação à importância talvez se traduza não pela redução da autonomia, mas pela rigidez hierárquica e pouca autônoma da unidade hospitalar em relação ao núcleo central da Sesab e no trabalho baseado no controle e na produtividade esperado pela gestão.

No entanto, parece haver um descompasso entre importância e satisfação, tendo em vista que fatores considerados mais importantes em situação hipotética foram também aqueles que obtiveram baixa valoração ao se considerar a satisfação real dos coordenadores em seus locais de trabalho. Tal situação deveria ser um sinal de alerta para a secretaria para rever sua política de recursos

humanos. Embora o estudo tenha tratado apenas das coordenações médicas, não seria improvável encontrar-se diagnóstico semelhante para o conjunto de profissionais da Saúde.

Este descompasso se refletiu principalmente nos fatores contemplados nos aspectos gerais. Os fatores “remuneração justa em relação ao trabalho que executa” e “remuneração no hospital” são bons exemplos desse desajuste entre a expectativa dos coordenadores e a realidade. Observando-se o *ranking* de importância e satisfação, os dois fatores foram classificados no topo como mais importantes (sendo o primeiro para 100% dos entrevistados). No entanto, quando analisados com base na satisfação percebida, ambos assumem as últimas posições no *ranking*. Outro fator que repete esse padrão é o de condições de trabalho.

Outro fator que merece destaque é o plano de carreiras, cargos e vencimentos. Colocado pelos entrevistados, em 9º lugar de importância, é o último fator do *ranking* de satisfação. A importância dada a este fator e aos fatores relacionados à remuneração coloca em destaque e posição estratégica essa questão na política de recursos humanos da Sesab.

A rigidez organizacional pública em que a carreira é estabelecida de forma unilateral e os cargos vinculados a estruturas hierarquizadas dificultam a elaboração de planos de carreiras baseada no desenvolvimento por critérios de mérito e transparência das avaliações. Segundo Leme (2011), no setor público já se identifica a importância da estruturação de plano de carreiras que leve em conta esses critérios. Apenas o avanço na faixa salarial pelo tempo de serviço e pelos cursos realizados, embora deva ser considerado, não parece ser suficiente para um adequado plano de carreiras, cargos e vencimentos. Faz-se necessária a adoção de formas de remuneração variáveis, mesmo em estruturas aparentemente rígidas, mas que ofereçam sistemas de incentivos baseados em competências e que promovam a valorização dos cargos.

No setor público, é recorrente o sentimento de injustiça em relação ao trabalho, justamente pela pouca capacidade de pensar estrategicamente em formas de remuneração diferenciadas para as funções que exigem atividades mais diferenciadas e de maior responsabilidade. Segundo Maximiano (2004), parece importar em uma estrutura de incentivos o que defende Adams na sua Teoria da Equidade – os trabalhadores buscam justiça baseada em esforço, comparando o seu desempenho e remuneração com os demais em situação idêntica. Não levar essa relação em consideração pode gerar insatisfação e conflitos.

A Teoria de Dois Fatores de Herzberg contribuiu para reflexão e análise dos dados encontrados neste estudo, uma vez que os fatores de retenção, principal-

mente aqueles que se relacionam com os fatores extrínsecos ou higiênicos, identificados pelos informantes-chave da pesquisa, ofereceram pistas para possíveis intervenções dentro do raio de ação e/ou governabilidade da gestão. Por sua vez, o grau de satisfação atribuído aos fatores intrínsecos contribuem na reflexão sobre o ambiente e clima organizacional e, embora mais complexos e mais resistentes a mudanças, merecem um olhar mais apurado da gestão.

Os elementos acima destacados considerados fatores extrínsecos ou higiênicos na teoria de Herzberg devem ser adequadamente considerados na gestão de pessoas em qualquer tipo de organização, pois embora não se constituam em fatores motivadores que assegurem a satisfação, podem evitar a insatisfação e desmotivação. Sendo assim, importa considerá-los em um sistema de incentivos.

A teoria de Herzberg também em parte explica a elevada importância atribuída hipoteticamente ao estímulo à cooperação e ao reconhecimento do trabalho pela equipe e pelos usuários, uma vez que se relacionam com sentimentos de autorrealização e de autoestima.

Considerando os fatores relacionados à organização dos processos de trabalho, observou-se um descompasso entre importância e satisfação, porém menos acentuado do que com os fatores de aspectos gerais. Percebe-se, no entanto, alguma compatibilidade entre as expectativas dos coordenadores e a realidade vivenciada nos aspectos de flexibilidade de horário, estabilidade no local de trabalho, localização da unidade e estabilidade de vínculo. A satisfação atribuída a tais fatores possivelmente em parte se explica porque estes fatores são de maior governabilidade da gestão da unidade e de escolha pessoal, independentemente da política de gestão de recursos humanos da Sesab.

Outro aspecto a merecer atenção diferenciada foram os fatores considerados de alta importância por todas as faixas etárias, a exemplo do reconhecimento do seu trabalho pelos usuários. Entretanto devem ser objeto de ações específicas os fatores que são altamente importantes para uma dada faixa etária apesar de não o serem para outras. Segundo Malik, é importante compreender as diferenças de gerações em um mesmo espaço e reconhecer que essas gerações têm valores, desejos e aspirações diferenciadas. Além do que, essas diferenças merecem dos gestores esforços para desenvolver estratégias de retenção e satisfação também de forma diferenciada.

Também chama atenção a percepção diferente entre os coordenadores com menos de 20 anos de formados e aqueles com mais de 20 anos quanto à importância atribuída aos fatores gestão colegiada da unidade, a facilidade de comunicação/contato com a chefia imediata e a possibilidade de maior comuni-

cação lateral. O primeiro grupo atribui menos importância do que o segundo. O resultado esperado seria o contrário considerando que tais fatores integram uma perspectiva mais atual de gestão de serviços de Saúde.

Outro aspecto interessante a ser ressaltado é que os coordenadores com maior tempo no hospital valorizam mais os aspectos que estimulam à competição, o desempenho, a inovação.

A importância que o trabalho ocupa na vida das pessoas foi um dos motivos para o desenvolvimento deste estudo, assim como a necessidade de chamar atenção sobre as mudanças ocorridas na sociedade e as transformações ocorridas no mundo do trabalho e da necessidade dos gestores da área de estarem atentos a essas transformações.

Reconhecer que não dá mais para continuar adotando formas tradicionais de gestão de pessoas e perceber que, independente da organização, se pública ou privada, ambas estão inseridas em um mesmo contexto econômico/social.

No caso da Sesab, no tocante à política de Gestão do Trabalho, enquanto instituição pública, regida pelos princípios constitucionais⁵ da administração pública, há evidentes problemas na gestão de recursos humanos. Desde a seleção, contratação e qualificação das pessoas de forma a satisfazer as condições mínimas para ocupar um cargo até os valores e critérios de remuneração.

O levantamento anteriormente citado por Menezes (2002), nas consideradas melhores empresas para se trabalhar sob o ponto de vista das chefias e dos funcionários, assim como o estudo referido por Malik (2010) junto aos gerentes e médicos em hospitais públicos de São Paulo, nos quais os fatores considerados mais importantes foram os salários e benefícios, o crescimento profissional, a facilidade de comunicação entre funcionários e chefias, a confiança na gestão, a informalidade no ambiente organizacional, treinamento e desenvolvimento e a possibilidade de inovação, de alguma forma corroboram com os resultados deste estudo.

A Gestão do Trabalho, ao identificar os fatores de retenção/satisfação no trabalho das chefias médicas no setor público da Saúde, pode se pautar nas contribuições das teorias motivacionais e assim desenvolver estratégias para estimular as pessoas a trabalharem melhor e a criarem maior identidade com a or-

5 Art. 37 da Constituição Federal de 1988 (principais princípios): Legalidade – implica subordinação completa do administrador a lei; Impessoalidade – objetiva a igualdade de tratamento; Moralidade – impõe que o administrador não dispense preceitos éticos na sua conduta; Publicidade – os atos da administração pública devem merecer a ampla divulgação possível e Eficiência – a procura pela produtividade e economicidade e de reduzir o desperdício do dinheiro público.

ganização. Reconhecer a autonomia como inerente ao trabalho médico, buscar conciliar essa autonomia com a função social de melhorar a Saúde da população, cabendo a área de Gestão do Trabalho fazer essa mediação e pactuação.

Em suma, a motivação, embora reconhecendo-se sua dimensão intangível, subjetiva e singular, aspectos não contemplados neste estudo, pode, ao menos em relação aos fatores motivacionais aqui tratados, ter lugar de mais destaque no sistema de incentivos da política de pessoal.

Na nova percepção da Gestão do Trabalho na Saúde, os gestores devem estar atentos e conhecer as relações que são estabelecidas entre os sujeitos e o agir cotidiano destes para traçar um perfil bem definido que sirva como referência para o desenvolvimento da carreira de cada profissional. Assim como adotar práticas mais estratégicas de gestão, articulando a rigidez das regras que regem o serviço público e as relações de trabalho, na perspectiva de construir mecanismos de flexibilização de gestão por dentro das organizações públicas e também assumir a profissionalização dos gerentes da área de Gestão do Trabalho para que possam contribuir com o seu conhecimento na implementação da Pegtes.

Com informações e o conhecimento em mãos, é possível traçar estratégias que valorizem o planejamento, a captação, a fixação/retenção, a alocação de pessoas em postos de trabalho, com o perfil e a qualificação requerida e a regulação do trabalho e o estabelecimento do diálogo necessário com os trabalhadores e suas representações sindicais e com as instituições de ensino e a sociedade. Por fim, considerar as possibilidades de formação e qualificação que atendam às necessidades de competências para atenção à Saúde de qualidade. Construir, oferecer e valorizar um ambiente de trabalho saudável, adequado e estimulante é, ao final, a “cereja do bolo” para reter os melhores profissionais, conforme diz Gonçalves (2010).

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Política estadual de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS Bahia*. 2. ed. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos, 2011.

BERGAMINI, C. W. *Motivação*. São Paulo: Atlas, 1989.

CAMPOS, C. V. *Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo*. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.

- FURNALETTO, S. et al. A teoria de expectância na retenção de talentos. *Jovens Pesquisadores*, v. 1, n. 1, p. 58-72, 2004. Disponível em: <<http://www.mackenzie.br/jovenspesquisadores>>. Acesso em: 2 abr. 2011.
- GIL, C. *Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais*. São Paulo: Atlas, 2007. 208 p.
- GONÇALVES, M. *Reter talentos: um desafio significativo*, 2010. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/noticias/carreira/reter-talentos-um-desafio-significativo>>. Acesso em: 18 maio. 2011.
- LEME, R. *Gestão por competências no setor público*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2011. 99 p.
- LIMA, S. *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 17 p.
- MALIK, A. M. *Relatório técnico: processo 40944/2006-o*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, 2010.
- MAXIMIANO, A. C. A. *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- MENEZES, M. J. Estilo democrático de gestão no contexto organizacional brasileiro: perspectivas. *Administração de Empresas em Revista*, Curitiba, v. 1, n. 1, 2002.
- MUSSAK, E. *Gestão humanista de pessoas, o fator humano como diferencial competitivo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- NORONHA, A. S. *Da insatisfação profissional ao Burnout em trabalhadores autárquicos*. 2005. Dissertação (Mestrado em Aconselhamento Dinâmico) - Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, 2005. Disponível em: <<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/191/197>>. Acesso em: 2 fev. 2014.
- ROBBINS, S. P. *Comportamento organizacional*. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública*, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995.
- SPECTOR, P. E. *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva, São Paulo, 2004.

Gestão do período de estágio probatório pela Secretaria de Saúde do estado da Bahia

Diego Pablo Candeias de Albuquerque¹

Merylin Correa Pessanha Lino²

Manoela França Silva³

Sinthia Novaes Oliveira⁴

Cláudia Aline Santiago Fiuza⁵

Rosa Ceci de Oliveira Santos⁶

Telma Dantas Teixeira de Oliveira⁷

Introdução

O concurso público se constitui como procedimento licitatório necessário para contratação de pessoal para execução dos serviços próprios do órgão da administração pública. Mais que um mero procedimento, configura um dever a ser cumprido pelo Estado, como salienta a Constituição do Estado da Bahia, em consonância com os ditames da Carta Política de 1988:

Art.14 – A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade

1 Advogado. Mestre em Direito pela UFBA e bacharel em Direito pela Universidade Católica de Salvador (UCSal).

2 Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, graduada em Odontologia pela UFBA e Sanitarista da Sesab.

3 Assistente social. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), graduada em Serviço Social (UCSal).

4 Educadora física. Mestranda no PGFAT/UFBA, especialista em Saúde Coletiva pelo ISC, graduada em Educação Física pela UNEB.

5 Assistente Social. Pós-graduada em Gestão Regionalizada do SUS pelo Eesp, Graduada em Serviço Social (UCSal).

6 Pedagoga. Diretora da Diretoria de Recursos Humanos – DARH/Sesab.

7 Enfermeira. Superintendente da Superintendência em Recursos Humanos – SUPERH/Sesab.

do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvada a nomeação para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração. (BRASIL, 1988)

Para além dessa abordagem puramente formal, cabe esclarecer que o concurso público é uma garantia de impessoalidade da administração no trâmite de contratações, além de funcionar como uma garantia também à sociedade, verdadeira detentora da coisa pública, que a gestão transcorre sem privilégios e/ou critérios discriminantes.

Por outro lado, reforça a necessidade do Estado ter no seu quadro pessoal servidores com a devida precisão técnica e qualificação para o exercício das atribuições inerentes às prestações estatais, salientando a mudança no perfil dos vínculos laborais da administração pública no serviço de Saúde do estado da Bahia nos últimos anos.

Esse posicionamento tenta equacionar a tensão existente entre o que se entende como administração gerencial e administração burocrática. Geralmente, toma-se esse binômio como conflituoso, de modo que a escolha de uma abordagem sob certo aspecto implica no esvaziamento da outra faceta, ou seja, não há a possibilidade de uma abordagem que conjugue harmonicamente ambos os aspectos.

A administração pública é o conjunto de órgãos da administração direta e entidades que compõem a administração indireta. A partir desse conceito, sob o aspecto formal, que é o que o Brasil adota, vale acrescentar que a gerência da composição administrativa é realizada por indivíduos que exercem atribuições conferidas por lei a certos cargos. O ingresso efetivo daqueles no quadro pessoal da administração pode se dar por meio de concursos públicos de provas ou provas e títulos. Entretanto, é importante pontuar que há outras modalidades de vínculos que se caracterizam pela precariedade, quais sejam, aqueles relativos ao Regime Especial de Direito Administrativo (Reda) e de liberalidade administrativa, como cargos comissionados. No entanto, essa pesquisa se restringirá à análise apenas dos vínculos efetivos.

Nesse sentido, tratando-se de cargo de provimento efetivo, com o exercício do servidor nas atribuições competentes, inicia-se um período de avaliação do candidato aprovado em concurso com a finalidade de verificar, na prática, a aptidão e capacidade dele na função pública. Esse “período de teste” se denomina, legalmente, de estágio probatório. O termo inicial desse prazo transcorre a partir

do primeiro dia do servidor em efetivo exercício. Assim, a nomeação ou a posse não constituem atos administrativos que impliquem na contagem.

A nomeação constitui a designação do aprovado em concurso ao cargo, é a forma de provimento originário a cargo público. A nomeação é um ato administrativo unilateral que não implica numa obrigação para o nomeado, na verdade, o que há é um direito subjetivo desse último de efetivar o vínculo com a administração pública, por meio do ato de posse que deve ser realizado no prazo de trinta dias, prorrogáveis por igual período.

Diferentemente do ato anterior, posse é o ato no qual se institui o vínculo jurídico funcional com o Estado. O instrumento utilizado para formalizar esse ato é a assinatura do termo de posse que, entretanto, não implica em contrato de trabalho: o ato de posse se consubstancia em bilateralidade, pois ao empossado surge o ônus das atribuições provenientes do cargo.

Procedida a posse, o empossado torna-se servidor público e transcorre em face desse o prazo de trinta dias para entrar em exercício sob pena de exoneração: a data de exercício marca o início do estágio probatório. O exercício consiste na atuação das atividades, atribuições e responsabilidades destinadas a determinado cargo.

Com o advento da Emenda Constitucional (EC) 19/98, o Estado, no exercício da função administrativa, objetiva atribuir maior agilidade e eficiência em sua atuação, enfatizando a obtenção de resultados, em detrimento de processos, e estimulando a participação popular na gestão pública. Dessa forma, há uma introdução do modelo gerencial no âmbito da administração pública, sendo que isso não significa o abandono absoluto das medidas de controle e legalidade relativas ao modelo burocrático. Pelo contrário, impõe-se o necessário respeito aos direitos fundamentais e ao estado democrático de direito, em que deve ser visto o direito como instrumento de transformação social, pois carrega, nos seus textos constitucionais, elevada carga de valores e caráter voltados para mudanças nas estruturas econômicas e sociais.

Desse modo, deve-se ter em mente que a adoção de aspectos referentes ao modelo gerencial objetiva um atendimento satisfatório aos destinatários dos serviços públicos, tendo em vista a assunção de medidas ligadas à eficiência administrativa, que não pode ser entendida somente por celeridade dos atos.

Entretanto, sob aspecto legal, tem-se a formalidade dos atos como ponto crucial de controle da administração que, por via oblíqua, favorece a transparência da gestão administrativa à sociedade civil. Desse modo, a legalidade procedimental não deve ser olvidada com intuito de resultado ótimo, devendo-se racio-

nalizar os esforços para que a atuação administrativa possa ser otimizada com o devido controle legal.

Nesse sentido, o servidor tem de ser o mais *expert* devido à relevância da função administrativa. Amplia-se, assim, a importância do servidor capacitado que compreende o binômio qualificação e competência. No primeiro caso, a qualificação se averigua por meio de um procedimento formal que busca aferir o candidato com maior perícia para o ingresso ao cargo, por outro lado, a competência se verifica no desempenho do servidor nas atividades rotineiras relacionadas ao exercício de suas atribuições.

O elo entre esses dois prismas avaliativos demonstra a relação tênue, lógica e complementar entre o estabelecimento do concurso público e estágio probatório, pois, enquanto aquele almeja dentro de um universo indeterminado selecionar os mais aptos, em outras palavras, ter os melhores profissionais disponíveis no mercado de trabalho, esse último reforça a ideia de efetividade do cumprimento das funções do cargo, em outros termos, se o servidor presta os serviços de forma adequada. Nessa linha, os distintos momentos objetivam ter um profissional com *know-how* e experiência necessários para gestão e otimização das balizas burocráticas e gerenciais entre o controle legal e finalístico.

Visando contribuir para esse processo, o presente estudo objetiva analisar o procedimento obrigatório a ser cumprido pelo servidor público, em exercício de cargo de provimento efetivo posterior à aprovação em concurso público, bem como mediata aquisição da estabilidade após o estágio probatório. Desse modo, será abordado o conceito e procedimentos relativos ao processo de avaliação do estágio probatório, pontuando o papel desempenhado pelas comissões competentes para avaliar e julgar o exercício do servidor. Além disso, através da análise dos gráficos demonstrativos, teve-se a obtenção de dados comprobatórios da despreciação dos vínculos por Reda ocorridos na Sesab após concurso, e o quantitativo de servidores em estágio probatório em unidades justificadamente escolhidas, bem como a logística adotada pela administração para exame da capacidade e aptidão dos profissionais de Saúde.

Estágio probatório

Com o começo do estágio probatório, surge o prazo de duração desse período que consiste em três anos. Em regra, o transcurso do tempo é contínuo para comprovação de cumprimento do estágio, além disso, há interrupções que não implicam na suspensão do mencionado período. De acordo com a disposição do

art.18 do Decreto 7899/2001, são causas que não incidem em suspensão do estágio: I – férias; II – participação em programa de treinamento regularmente instituído; III – participação em júri e outros serviços obrigatórios por lei; IV – exercício de cargo em comissão de Direção ou Assessoramento Superior em órgão ou entidade do Poder Executivo Estadual, cujas atribuições guardem correlação com as do cargo efetivo para o qual foi o servidor aprovado em concurso público.

Nesse período, o servidor será avaliado pelo seu chefe imediato, responsável pela supervisão das atividades executadas, semestralmente. Denomina-se a esse fato de avaliação semestral de desempenho.

A citada avaliação utiliza-se de um rol de critérios, estabelecidos no art. 27 da Lei 6677/94 e conceituados no Decreto nº 7899/01, em seu art. 3º,⁸ dentre eles: assiduidade, disciplina, capacidade de iniciativa, produtividade e responsabilidade.

Os critérios mencionados são de natureza objetiva, ou seja, a avaliação se dará de maneira factual com a ocorrência dos elementos presentes no conceito. A título de exemplo, pode-se sinalizar que a assiduidade deve ser avaliada com a verificação do cumprimento da carga horária diária a ser cumprida pelo servidor no expediente da unidade, tendo atenção às justificativas legais de abono, assim, o que se visualiza é a presença ou não do servidor em determinado horário na unidade em que deve prestar o expediente laboral.

Por outro lado, o inciso IV, que trata da produtividade, pode ser compreendido por um critério subjetivo-objetivo. Além dos elementos objetivos constantes no conceito, tem de se inferir que a razoabilidade do tempo para realização de certa quantidade do trabalho é verificada pela discricionariedade do chefe imediato, mas de modo fundamentado, ou seja, o chefe imediato irá mensurar o volume de trabalho e o tempo de realização para determinar o grau de produtividade, sendo que para essa avaliação, por abrir uma margem de discricionariedade para quem julga, há que ocorrer uma justificação do desempenho. Por isso o referido critério tem também o caráter subjetivo.

O exame dos critérios é pontuado por desempenho: essa modalidade se denomina pontuação de desempenho que encontra as gradativas definições no

8 “Art.3º - Para os efeitos do disposto neste Decreto, considera-se: I – assiduidade: a presença do servidor no local de trabalho dentro do horário estabelecido para o expediente da unidade; II – disciplina: a observância sistemática aos regulamentos e às normas emanadas das autoridades competentes; III – capacidade de iniciativa: a habilidade do servidor em adotar providências em situações não definidas pela chefia ou não previstas nos manuais ou normas de serviço; IV – produtividade: a quantidade de trabalhos realizados num intervalo de tempo razoável que atenda satisfatoriamente à demanda do serviço; V – responsabilidade: o comprometimento do servidor com as suas tarefas, com as metas estabelecidas pelo órgão ou entidade e com o bom conceito da administração pública do Estado”. (BAHIA, 1994)

item 10º da Instrução normativa nº 002/2001 que regulamenta o Decreto estadual. O trâmite do estágio probatório será registrado e arquivado em pasta individual do servidor. Durante esse processo de avaliação, surgem alguns direitos em favor do examinado.

O processo de avaliação semestral enseja direitos em prol do servidor. Esses direitos estão relacionados com as diretrizes axiológicas que regem a administração pública, ou seja, os princípios surgem como mandamento nuclear que implica em razão ao sistema.¹⁰

Um dos princípios constitucionais administrativos é a publicidade que possui um duplo aspecto: de um lado, direcionado à administração, implica no dever de transparência dos atos realizados sob a função de gestor público, num sentido amplo, de outro lado, diametralmente no sentido dos administrados, constitui direito de a comunidade democraticamente organizada ter conhecimento de qual maneira os interesses públicos são manejados pelo Poder Público. Assim, natural é a disposição do item 13 da Instrução normativa citada garantir ao servidor o acompanhamento do processo avaliativo, bem como de imposição à administração de revelar como se procedeu essa cadeia de avaliações.

Nessa linha, numa eventual discordância do examinado à pontuação atribuída ao próprio desempenho funcional, é possibilitado a interposição de pedido de reconsideração, no prazo de cinco dias contados a partir do dia posterior à avaliação, em consonância com os princípios constitucionais: ampla defesa que se relaciona com a utilização de todos os meios de provas necessários à confecção da defesa, e contraditório, que se funda na viabilidade de estabelecer oposição à afirmação da parte contrária, de modo que surja outro horizonte compreensivo acerca do fato posto em debate: ambos os princípios se encontram dispostos no rol dos direitos fundamentais no art. 5º, inciso LV, da Carta Magna.¹¹ Juntamente a isso, vale ainda fazer referência, de modo subsidiário, ao quanto estabelecido no art. 2º, inciso X, da

9 “10) O resultado da avaliação está definido em 04 (quatro) conceitos globais de desempenho: a) Desempenho Excelente: é o nível mais alto de desempenho e atribuído aos servidores que se destacam na unidade. b) Desempenho Bom: é o desempenho adequado, firme, confiável e que atende às exigências do cargo. c) Desempenho Regular: é o desempenho no qual o servidor atende em parte às necessidades do cargo devendo ser corrigido. d) Desempenho Insatisfatório: é o desempenho que está abaixo no mínimo exigido pelo cargo e que não pode ser tolerado”. (BAHIA, 1994)

10 É sempre oportuna a definição de princípio grafada pelo renomado jurista Celso Antonio Bandeira de Mello: “mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas compondo-lhe o espírito e servindo de critério para a sua exata compreensão e inteligência exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico”. (MELLO, 2004, p.771-772)

11 “Art.5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] LV – aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos

Lei 9784/99, que enuncia observância, nos processos administrativos no âmbito federal, da “garantia dos direitos à comunicação, à apresentação de alegações finais, à produção de provas e à interposição de recursos, nos processos de que possam resultar sanções e nas situações de litígio”. O reexame será realizado pela chefia imediata em decisão a ser proferida no mesmo prazo de cinco dias.

Comissão de estágio probatório

A partir da avaliação semestral concluída, haverá a aferição da aptidão e capacidade do servidor pela Comissão de estágio probatório. Em consonância com o art. 4º do Decreto nº 7899/01, essa comissão será instituída por ato específico do Secretário ou dirigente máximo da entidade e composta por três servidores estáveis de nível superior ou igual ao do avaliado.

Compete à citada comissão a análise e julgamento das avaliações semestrais procedidas pela chefia imediata do servidor. Além disso, será apreciado, em sede recursal, o pleito interposto em face de denegação do pedido de reforma da atribuição de pontos das cedidas avaliações, ou seja, no caso do servidor discordar da avaliação semestral e permanecer o resultado, após pedido de reconsideração, a Comissão reexaminará a contagem de pontos e reavaliará o desempenho funcional. A manutenção do resultado por parte da chefia deve ser fundamentada por meio de despacho, conforme descreve o item 17¹² da Instrução normativa, que orienta a aplicação do supramencionado Decreto estadual.

Apenas em duas circunstâncias o servidor não logrará êxito no exame relativo ao período de cumprimento do estágio probatório em consonância ao art. 9º do Decreto,¹³ quais sejam, desempenho insatisfatório em dois fatores numa mesma avaliação semestral ou desempenho insatisfatório em mesmo critério em duas avaliações consecutivas ou não.

Assim, segundo art. 27, § único da Lei 6677/94, no prazo máximo e obrigatório de quatro meses antes do término do estágio probatório, a Comissão emitirá decisão acerca do desempenho funcional do servidor, com os fundamentos e

acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes”. (BRASIL, 1988)

12 “Permanecendo a divergência sobre o resultado da avaliação, o chefe imediato do servidor deverá, em despacho, declarar as razões pelas quais manteve o resultado da avaliação e submeter o processo à apreciação da Comissão de Estágio Probatório”. (BAHIA, 2001a)

13 “Art.9º - Será considerado inapto ou incapaz para o exercício do cargo permanente o servidor que: I – receber conceito insatisfatório em dois fatores de julgamento numa mesma avaliação semestral. II – receber conceito insatisfatório em um mesmo fator de julgamento em duas avaliações semestrais, consecutivas ou não”. (BAHIA, 2001a)

motivos expostos em relatório circunstanciado que conduziram a determinado resultado, submetendo-o à homologação por titular do órgão ou dirigente da entidade. Até o fim do tempo restante para a conclusão do período probatório. Vale ainda observar a necessidade de um trâmite de informações entre o chefe direto e a Comissão sobre a conduta do servidor para, posteriormente, com parecer conclusivo, proceder a homologação, tendo ciência do ato pelo examinado.

Assim, findo o prazo de três anos, haverá parecer conclusivo da Comissão, que será direcionado ao dirigente máximo do órgão ou entidade. Com a ocorrência da aprovação, o ato homologatório publicado ratificará a permanência do servidor ao cargo público, bem como culminará na sua estabilidade. Por outro lado, configurando-se a inaptidão e a incapacidade, o avaliado será exonerado de ofício, conforme o art. 46, parágrafo único, inciso I, do Estatuto dos Servidores Públicos do Estado da Bahia.

Comissão revisora

Ciente da eventual reprovação, confere-se ao servidor o direito de interpor administrativamente pedido de reconsideração do ato homologatório no prazo de cinco dias. Esse pedido deverá ser instruído de documentação que sirva como prova e fundamento para reforma do quanto adjudicado. Desse modo, é possível compreender os elementos comprobatórios, apresentados juntamente ao pedido de reconsideração, como requisitos objetivos de admissibilidade do pedido.

A admissibilidade do pedido enseja o início do processo administrativo de revisão. A condução do expediente deve ser realizada por uma comissão revisora instituída e composta nos mesmo termos que a comissão de estágio probatório, ou seja, por ato designativo de autoridade competente e “composta por três servidores estáveis, de hierarquia igual ou superior a do interessado”. (BAHIA, 2001b)

Instaurado o “processo de revisão”, o julgamento do pleito deve ser realizado no prazo de cinco dias, quando do recebimento do expediente pela comissão competente, bem como deve ser concluído no período de dez dias, podendo tal lapso temporal ser alvo de única prorrogação em igual período. Essa extensão do prazo terminativo encontra-se vinculada à ocorrência de circunstâncias excepcionais devidamente justificativas, seguindo a determinação do art.13, § 3º do Decreto 7899/01.

Na manutenção do resultado decisório alvo de reforma, os efeitos do ato de exoneração possuem natureza *ex tunc*, isto é, os efeitos correm a partir da data na qual a homologação foi publicada. Todavia, em episódica divergência entre as

comissões, dentro daquilo que se denomina discricionariedade administrativa,¹⁴ a autoridade competente optará, motivadamente, acerca de qual decisão avaliativa será homologada. Nessa última hipótese, o processo de revisão será arquivado no órgão ou entidade onde transcorreu o período de estágio probatório pelo prazo mínimo de cinco anos, contados a partir da exoneração de ofício.

Vale salientar que essa perspectiva institucionalmente nova visa sustentar a atuação da administração pública na conjugação harmônica da organização e o controle do sistema privado-liberal e o processo público-legal, ou seja, o nexo entre marco jurídico-processo econômico, que é o procedimento-cerne que ordena a estrutura e a interface entre os âmbitos jurídicos, administrativos, políticos e econômicos. No que toca ao âmbito jurídico, estabelece-se razão às normas legais que sustentam a ação do Estado na atualidade. No que tange ao processual, guarda relação com o controle de atos que formalizam a atividade administrativa. Por fim, o econômico reforça a ideia de efetividade (otimizável) na gestão administrativa.

Metodologia

Nesse estudo foi realizada uma revisão de literatura dos conceitos de concurso público e do período estágio probatório sob um aspecto empírico-analítico, ou seja, tomou-se de empréstimo o material de amostra juntamente com as noções conceituais estabelecidas pelas legislações sobre o tema para acenar qual a logística desenvolvida pelo setor de recursos humanos da Sesab, bem como as recomendações que otimizarem o processo avaliativo do estágio probatório.

Através de dados quantitativos obtidos dos arquivos existentes de setores vinculados à diretoria de recursos humanos da Sesab, foi possível identificar o percentual de servidores subordinados a essa secretaria por nomeação no concurso realizado no ano de 2008, que foram avaliados em tempo oportuno nos dois hospitais analisados (X e Y) e do número de servidores que ainda não foram avaliados. Foi utilizada a ficha de avaliação de desempenho, preconizada pela Secretaria de Administração do Estado da Bahia – Seab, e o Sistema Integral de Recursos Humanos – SIRH para coleta de informações. Os dados foram analisados através de planilhas que auxiliaram na elaboração de gráficos. Dos oitenta setores de Saúde do estado da Bahia, dentre eles hospitais, unidades de Saúde, coordenações, diretorias e superintendências, o hospital X representou 13,4% (663) do total de servidores da Sesab em estágio probatório, seguido pelo hos-

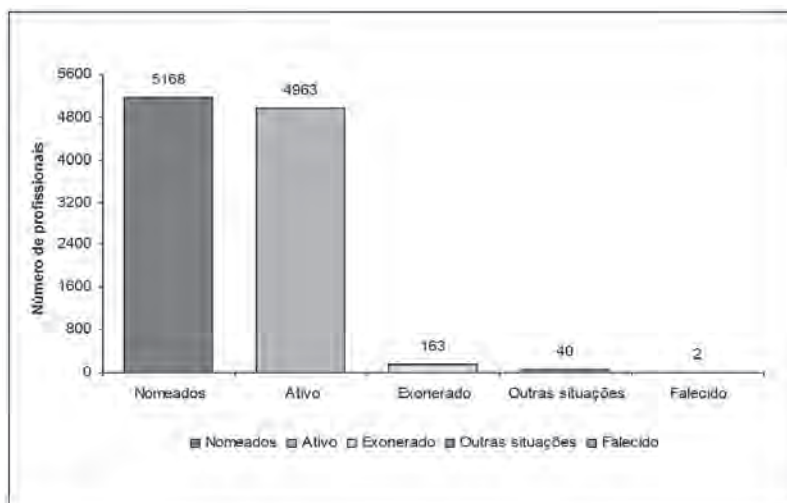
¹⁴ É a faculdade de ter escolhas dentro da conveniência e oportunidade em prol do interesse público.

pital Y, 8,8% (434), hospital W, 7,5% (371) e hospital Z, 7,1% (354). Das unidades supracitadas, foram considerados neste trabalho os dois hospitais que apresentaram o maior número de servidores em estágio probatório: o X (662) e Y (431), uma vez que estes representaram uma amostra significativa por apresentar 22% de profissionais em fase de avaliação de desempenho.

Resultados e discussão

Com intuito de operacionalizar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde, a Sesab, por meio da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) e da Diretoria de Administração de Recursos Humanos (DARH), no item planejamento de concursos públicos, após resultado final do concurso Saeb/Sesab/02/2008, efetivou contratações para os cargos de nível médio, no ano de 2009 e para os cargos de nível superior, no ano de 2010. Teve-se assim a finalidade de desprecariar os vínculos de trabalho, finalizando as convocações em agosto de 2012, totalizando um quantitativo de 6.023 profissionais convocados. Desse total, 5.168 (85,8%) foram nomeados e entraram em exercício, sendo que, desses, 4.963 (96%) estão ativos, 163 (3,2%) foram exonerados, 2 (0,04%) faleceram e 40 (0,8%) encontram-se em outras situações (processo administrativo, suspensão de pagamento etc). Conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 - Situação dos Profissionais Nomeados* no Concurso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2008**



Fonte: CPM/DARH/SUPERH/Sesab

* Número de Nomeados que entraram em exercício

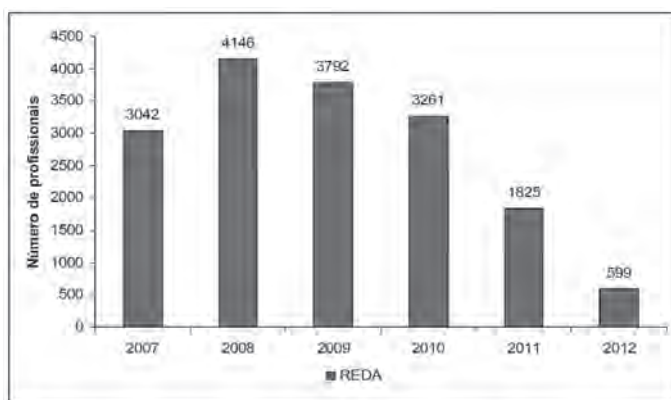
** Dados atualizados em 26/03/2013

Nos últimos anos, a Gestão do Trabalho da Sesab vem sofrendo diversas modificações, as quais incluem repensar o planejamento, a instituição de espaços de negociação e a qualificação do trabalho e do trabalhador, estes percebidos como sujeitos centrais desse processo. Atento a estas demandas e à necessidade de propor mudanças que contribuam com a plena efetivação do SUS, gestores e trabalhadores, em discussão, têm buscado construir propostas para a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde, a partir da implantação/ implementação de instrumentos gerenciais que possam responder a essas demandas, a exemplo da desprecarização dos vínculos trabalhistas, a partir da realização de concursos públicos.

O concurso é uma modalidade como forma de inserção no serviço público e esteve entre uma das prioridades da atual gestão da Sesab. Desde modo, esta secretaria vem efetivando a substituição dos trabalhadores com vínculos precários por vínculos estatutários. Entendendo que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS, uma vez que compreende esse trabalhador efetivo como ator ativo responsável pela reconstrução e ressignificação das práticas em Saúde.

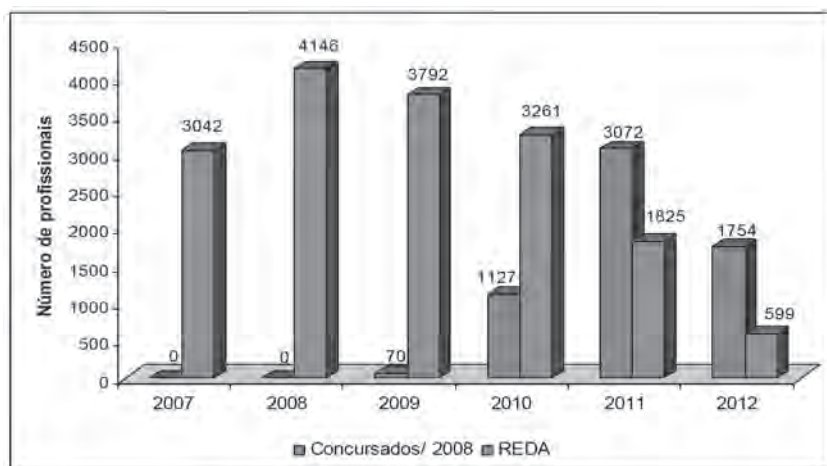
Ademais, a admissão de trabalhadores via concurso público tem como finalidade a substituição dos vínculos sob Regime Especial de Direito Administrativo (Reda). Conforme o gráfico 2, observa-se uma redução gradativa no número de trabalhadores com essa modalidade de contrato temporário, e, no gráfico 3, o incremento na inserção de servidores estatutários.

Gráfico 2 - Evolução do Quantitativo de contratos REDA, Sesab, 2007 a 2012



Fonte: CPM/DARH/SUPERH/Sesab

Gráfico 3 – Quadro Comparativo do Número de Servidores Convocados no Concurso de 2008 e dos Contratados pelo Reda, Sesab, 2007-2012

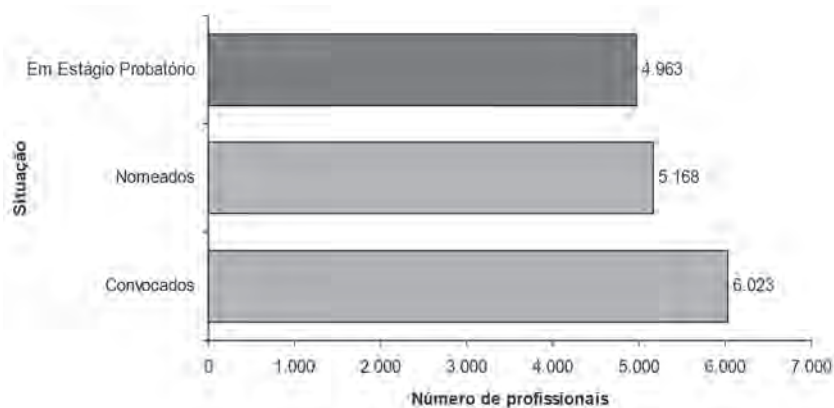


Fonte:CPM/DARH/SUPERH/Sesab

Verifica-se então que a SUPERH, nos últimos anos, utilizou as vagas do concurso de 2008 para substituição de vínculos precários, embora, na maioria dos casos, não se trate necessariamente de reposição da força de trabalho, e sim da abertura de novos postos de trabalho, visto que a dinâmica de novos serviços cresce a todo instante, pois a Sesab ainda assume grande parte da responsabilidade sanitária/assistencial, pela fragilidade de redes estruturadas de cuidado e municípios com pouca capacidade para operar as ações de Saúde, principalmente as de média e alta complexidade no SUS.

Conforme mencionado anteriormente, há um quantitativo de 28.427 servidores em cargo de provimento efetivo na Sesab, sendo que 17,5% (4.963) desses se encontram em período de estágio probatório. Vale ressaltar que, no último concurso de 2008, foram ofertadas 833 vagas. No entanto, houve um relevante incremento no número de convocações, o que resultou na ampliação desse quantitativo para 6.023 profissionais convocados. Deste total, 5.168 nomeados e 4.963 representam o grupo “não estável”, ou seja, são servidores oriundos dessa seleção, em que seus desempenhos estão sendo avaliados (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Situação dos aprovados no concurso público Saeb /Sesab, 2008*



Fonte: CPM/DARH/SUPERH/Sesab

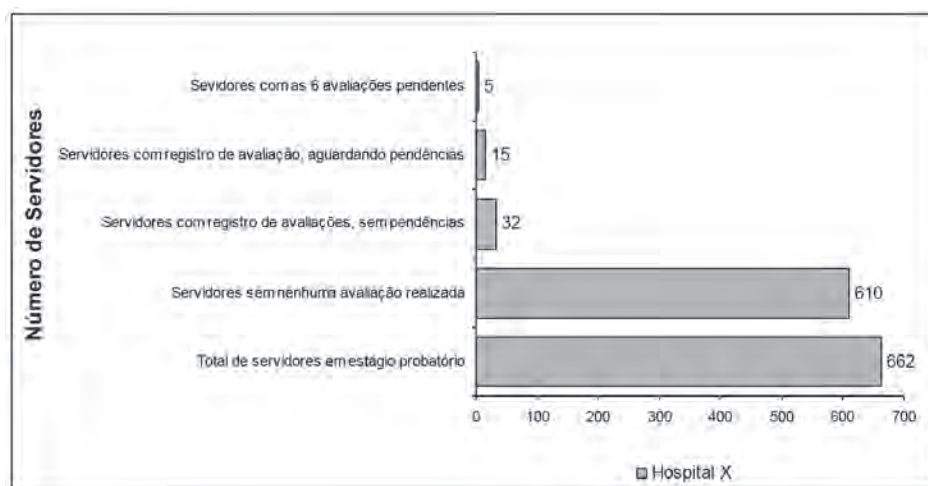
* Dados atualizados em 26/03/2013

Como já exposto anteriormente, dos 4.963 servidores em estágio probatório, o hospital X (HX) e o hospital Y (HY) representam 22% (1.093) dos profissionais do quadro de Saúde da Sesab que se encontram em avaliação de desempenho. Tal avaliação tem o papel de verificar a aptidão do servidor para exercício do cargo empossado e garantia pelos administradores públicos à sociedade civil que a prestação de serviços é realizada por servidores competentes. Diante disso, as avaliações semestrais, que compõem o procedimento examinatório, se impõem como fator substancial para se chegar a um juízo conclusivo acerca da disposição prática do servidor ao serviço.

Vale ressaltar que, para a comissão de estágio probatório proceder um parecer conclusivo e posterior encaminhamento ao secretário de Saúde para publicação no Diário Oficial do estado da conclusão/homologação do processo, faz-se necessária a ocorrência de seis avaliações semestrais registradas. Desse modo, o acompanhamento interno que vem sendo realizado pela Coordenação de provimento e movimentação (CPM) foi de fundamental importância para o controle do recebimento dessas avaliações, assim como o envio periódico de relatórios aos demais serviços de recursos humanos, solicitando as avaliações pendentes. Ao analisar a situação do processo de avaliações remetidas pela área de recursos humanos do hospital X e hospital Y para CPM/DARH/Sesab, isoladamente, percebe-se que, dos 662 servidores lotados no Hospital X, 610 (92,1%) encontram-se sem nenhuma avaliação registrada, 32 dos servidores (4,8%) apresentam ava-

liações registradas e sem nenhuma pendência, 15 (2,3%) estão com avaliações registradas, mas há pendências, e 5 (0,8%) servidores com período de três anos de serviço completo, mas sem as seis avaliações registradas (gráfico 5). Isto impossibilita que estes servidores se tornem estáveis, impedindo o gozo, em tempo oportuno, de direitos a serem adquiridos quando servidor estável, como licença prêmio, licença sem vencimento, promoção, aposentadoria, entre outros. Em relação ao hospital Y, nota-se que, dos 431 servidores lotados nesse hospital, 351 (81,4%) encontram-se sem nenhuma avaliação registrada, 2 servidores (0,5%) apresentam avaliações registradas e sem nenhuma pendência, 72 (16,7%) estão com avaliações registradas, mas há pendências, e 6 (1,4%) com o período de três anos completos, mas sem nenhuma avaliação registrada (gráfico 6).

Gráfico 5 – Situações dos servidores em Estágio Probatório lotados no Hospital X, 2013*



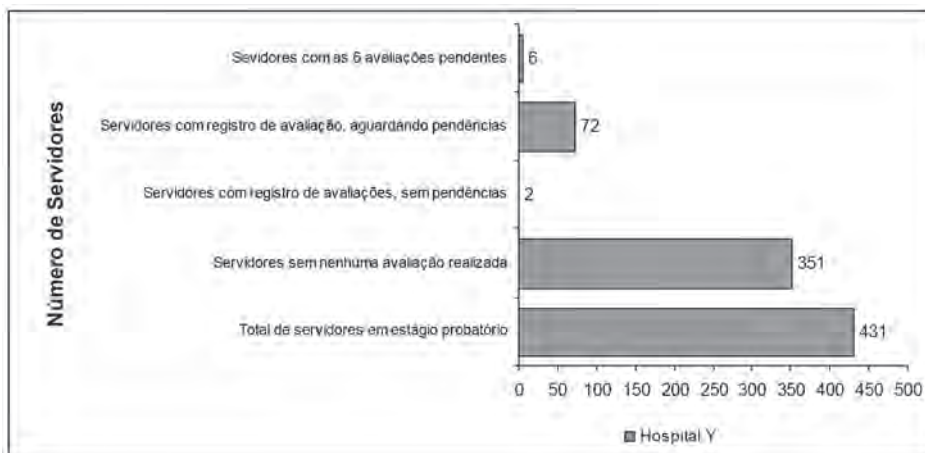
Fonte: CPM/DARH/SUPERH/Sesab

* Dados preliminares até o dia 15/07/2013

Esses registros organizados graficamente conferem à administração um material programático para se estabelecer as diretrizes a serem instituídas na gerência do período de estágio probatório.

A otimização das atividades administrativas requer, assim, um procedimento bem encadeado de forma a fornecer ao estado da Bahia substrato pontual para uma gestão qualificada do período de estágio probatório dos servidores públicos. Nesse sentido, vale uma exposição do delineamento desse procedimento através da comissão de estágio probatório.

Gráfico 6 - Situações dos servidores em Estágio Probatório lotados no Hospital Y, 2013*



Fonte: CPM/DARH/SUPERH/Sesab

* Dados preliminares até o dia 15/07/2013

A avaliação do estágio probatório constitui-se como uma garantia de dupla face. Enquanto Estado no exercício da função administrativa, a administração pública busca averiguar durante um período se o ingressante na conjuntura organizacional possui capacidade e aptidão para realizar os serviços atribuídos ao determinado cargo, ou seja, configura como dever de prestar contas ao poder público no que tange à admissão de pessoal para materialmente gerir os interesses coletivos. Por outro lado, o registro do período pelas avaliações semestrais e o processo de julgamento pelas instâncias comissionadas conferem ao servidor avaliado o direito de obtenção da estabilidade, após demonstração positiva dos seus atributos ao labor público no estágio probatório.

A partir dessa diretriz, juntamente com a legislação regulamentadora do procedimento, visando a adequação do processo com vistas ao cumprimento estrito das leis pertinentes ao tema, bem como otimização da logística administrativa, a CPM, subordinada à Diretoria de Administração de Recursos Humanos relativa à Superintendência de Recursos Humanos da Saúde promove o registro interno das avaliações e, conseqüentemente, dá ciência do procedimento aos responsáveis, das respectivas unidades, pela tramitação junto ao nível central das fichas de desempenho de período semestral.

O controle interno se procede com o registro dos servidores oriundos do concurso no ano de 2008. Com o número total, pode-se discriminar as unidades de lotação e cargo profissional, bem como documentar as avaliações semestrais

individuais e as respectivas notas atribuídas aos itens constantes nas fichas avaliativas.

Assim, a formação de arquivos cadastrais em memória eletrônica possibilitou organizar planilhas de controle compostas de seções pertinentes a controle e movimentação das avaliações dos servidores de modo organizado.

A divisão das planilhas se constitui em três eixos coordenados. O primeiro eixo demonstra o total de servidores em estágio probatório, organizados pelos critérios de unidade de trabalho, cargo profissional, nome, matrícula, e a data de admissão, sendo este último critério de pontual relevância, haja vista servir de horizonte para o cômputo do termo inicial e termo final de tempestividade da remessa das fichas de avaliações semestrais pelos responsáveis.

Diante desses resultados, foi criado um segundo eixo que consistiu de uma planilha, na qual, a partir da unidade de trabalho, separou-se os servidores por profissão e foram registradas as pontuações relativas aos critérios legais exigidos na avaliação individual, isto é, as notas aplicadas pelos chefes aos servidores subordinados, tendo em vista o semestre examinado. Esse segundo eixo materializa primordialmente a função de registro das notas e cria, nas hipóteses do art. 9º do Decreto nº 7899/01, o dever da administração promover a exoneração de ofício de acordo com o art. 46, parágrafo único, inciso I, da Lei 6677/94:

Art. 46 – A exoneração do servidor ocupante de cargo de provimento permanente dar-se-á a seu pedido ou ofício:
Parágrafo único – A exoneração de ofício será aplicada: I – quando não satisfeitas as condições do estágio probatório; II – quando o servidor não entrar em exercício no prazo estabelecido. (BAHIA, 1994)

Com intuito de aperfeiçoar a gerência dos dados, a criação de uma terceira planilha organizacional se fez necessária pela condensação das informações dos eixos anteriores e ciência às unidades vinculadas à Secretaria de Saúde dos servidores que estão com as avaliações semestrais dentro do prazo, bem como aqueles que possuem avaliações pendentes.

Se num instante há o registro dessas avaliações com o arquivamento interno e eletrônico, no instante seguinte, há a devolução das fichas examinadoras com a informação de registro acrescida de relatório estruturado na terceira planilha, que discrimina as situações avaliativas dos servidores das unidades, isto é, quais e quantas avaliações estão regularizadas e/ou pendentes.

Com esse procedimento, oportuniza-se aos núcleos de recursos humanos das unidades a gestão coordenada dos servidores em cumprimento do estágio probatório, pois, com o conhecimento do quantitativo e suas situações, o setor pode se organizar para cumprimento das metas institucionais referentes ao período de exame e, dessa forma, otimizar os processos burocráticos desenvolvidos pela administração pública no que tange ao processo que, novamente cabe lembrar, tem a duração de 3 anos.

Vale ressaltar que, até o dia 18 de junho 2013, foram publicados quatro editais sobre estágio probatório no *Diário Oficial do Estado da Bahia* (DOE), relacionados com o concurso de 2008. A publicação no DOE torna válido os trâmites jurídicos para conclusão desse processo, assim como serve como meio de acompanhamento pelas áreas de recursos humanos das unidades e pelos próprios servidores avaliados.

Nessa linha, o que se está pontuando é a necessária avaliação por parte da administração pública do binômio custo/benefício no exercício da função administrativa, dito de modo mais expresso, o cumprimento do dever de eficiência impõe-se à administração pública direta e indireta e a seus agentes a persecução do bem comum, por meio do exercício de suas competências de forma imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre em busca da qualidade, primando pela adoção dos critérios legais e morais necessários para a melhor utilização possível dos recursos públicos de maneira a evitar desperdícios e garantir-se uma maior rentabilidade social. (ALEXANDRINO; PAULO, 2010, p. 204)

Tendo em vista esse controle efetuado pela coordenação referida, vislumbraram-se muitos servidores em fase terminativa do período probatório. Assim, preventivamente, foi instituída, em conformidade ao Decreto 7899/01 e Instrução normativa 002/01, a comissão de estágio probatório por meio da Portaria 552/13, cujo objeto é a nomeação de três servidores estáveis com nível igualou superior ao avaliado. Ademais, cabe observar que a citada Portaria designou três servidores de nível superior para que o julgamento alcançasse, sem embargos, as avaliações, tanto dos examinados de nível médio quanto daqueles possuidores de nível superior.

Posteriormente, o ato homologatório da decisão proferida pela comissão citada faz emergir para o servidor avaliado direitos/garantias que dependem da consequência jurídica que o julgamento impõe. Na ocorrência de aprovação, surge ao servidor a garantia da estabilidade que lhe proporciona a inserção dos destinatários dos servidores estáveis. Todavia, o juízo denegatório da aptidão e

capacidade ensaja a exoneração de ofício. Nesse sentido, a coordenação competente encontra-se em processo de constituição da comissão revisora, que diligencia o julgamento do pedido de reconsideração interposto pelo servidor exonerado.

Vale elucidar que, em consonância às normas que regem a administração, se estabeleceu o procedimento de encaminhamento de ofício ao servidor exonerado para que esse tivesse ciência da decisão do poder público e do direito de interposição junto à comissão responsável de, no prazo máximo de cinco dias, pedido que objetiva reconsiderar o julgamento em favor do interessado.

Tendo em vista que o expediente demandado pela “instância de revisão” deve ser supletivamente subsidiado pelas regras e princípios que regem o processo disciplinar, tem-se deliberado em reuniões a viabilidade de uma comissão composta por servidores pertencentes da Coordenação de Provimento e Processo e também da Coordenação de Processo Disciplinares Administrativo, que é o órgão, na estrutura da Secretaria de Saúde da Bahia, responsável pelas atribuições destinadas às corregedorias estaduais, conforme incisos III e V do art. 4º¹⁵ e inciso II do 5º,¹⁶ do Decreto Estadual 11.415/2009.

Considerações finais

A partir do estudo realizado, com objetivo de oferecer uma visão do procedimento de estágio probatório no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pode-se constatar que as unidades hospitalares analisadas encontram-se com cerca de 80% das avaliações pendentes, pois os servidores que se encontram no período mencionado não possuem registro de suas avaliações. Isso implica na impossibilidade de aquisição da estabilidade e, concomitantemente, com o dever do Estado de verificar a capacidade e aptidão do ocupante de cargo que exerce funções públicas.

Vale ressaltar que nenhum servidor do concurso de 2008 foi exonerado pela Sesab. Todavia, aqueles que apresentaram conceitos insatisfatórios se encontram em trâmite de encaminhamento à comissão revisora para julgamento e pa-

¹⁵ “Art.4º - Compete às Corregedorias Setoriais do Sistema de Correição Estadual: [...] III – manter registro atualizado da tramitação e resultado dos processos administrativos disciplinares e sindicâncias, desenvolvidas no âmbito de sua atuação; [...] V – participar das atividades que exijam ações conjugadas das unidades integrantes do Sistema de Correição, com vistas ao aprimoramento do exercício das atividades que lhes são comuns”. (BAHIA, 2009)

¹⁶ “Art.5º - Compete às Comissões processantes e às unidades encarregadas da apuração de irregularidades praticadas por servidores: [...] II – integrar grupos de trabalho para a realização de projetos especiais vinculados ao Sistema de Correição”. (BAHIA, 2009)

recer final, respeitando as garantias fundamentais de um devido processo que oportunize a ciência e manifestação do servidor.

Nesse sentido, esse quantitativo denota que os gestores, possivelmente, não estão conferindo a devida importância ao período probatório, tendo em vista o número significativo de servidores sem serem avaliados, além de descumprimento das legislações pertinentes à matéria e omissões que contribuem com a permanência de possíveis profissionais inaptos nos serviços de saúde.

Com vistas a uma melhor logística entre a administração central e os setores de recursos humanos dos hospitais, vislumbra-se a viabilidade de promoção de oficinas e/ou encontros para o estreitamento das relações entre os órgãos e a difusão de conhecimento. Além disso, faz-se necessária a elaboração de material educativo, esclarecendo quanto ao fluxo do processo do estágio probatório e orientando os avaliados e os avaliadores a respeito dos seus direitos e deveres previstos nas legislações específicas sobre o assunto.

Ademais, cabe ainda sugerir uma reformulação da ficha de avaliação de desempenho, adicionando as instruções indispensáveis ao seu preenchimento, tornando-a mais clara para que o avaliador compreenda com objetividade os critérios de avaliação e seus respectivos valores, possibilitando ainda uma avaliação mais precisa e impessoal.

Referências

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. *Direito administrativo descomplicado*. São Paulo: Forense, 2010.

BAHIA (Constituição 1989). *Constituição do Estado da Bahia*. 1989. Disponível em: <http://www.cmnazare.ba.gov.br/index/arquivos/constituicao_bahia.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2013.

BAHIA. *Decreto 7899, de 05 de fevereiro de 2001*. [2001]. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/78105/decreto-7899-01-bahia-ba>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BAHIA. *Decreto 11415, de 27 de janeiro de 2009*. [2009]. Disponível em: <http://www.saeb.ba.gov.br/vs-arquivos/HtmlEditor/file/dec_est_11_415_28-01-09_sistema_correicao_estadual.2.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2013.

BAHIA. *Instrução 002, de 17 de maio de 2001*. [2001]. Disponível em: <<http://www.uneb.br/pgdp/files/2011/05/INSTRU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-002-DE-17-DE-MAIO-DE-2001.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BAHIA. *Lei nº 6677/94, de 26 de setembro de 1994*. [1994]. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/85381/estatuto-do-servidor-publico-do-estado-da-bahia-lei-6677-94-bahia-ba>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL (Constituição 1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivilLo3/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL. *Lei nº 9784, de 29 de janeiro de 1999*. [1999]. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivilLo3/leis/L9784.htm>. Acesso em: 17 jul. 2013.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. São Paulo: Malheiros, 2004.

Aposentar para reestruturar: um panorama dos trâmites de processos administrativos de aposentadoria da Sesab

Rafael de Oliveira Gama Santos¹
Rosana Adorno²

Introdução

Ao logo do tempo, inúmeras medidas foram tomadas pelo homem em busca de evolução. E, apesar de não ser o tema deste relato de experiência, essa modernidade tão almejada envolve todas as classes, assuntos, projetos e esferas da sociedade.

Ao se tratar da condução dos trâmites dos processos de aposentadorias dos servidores pertencentes ao quadro da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), de um passado remoto até os dias atuais, pode-se no mínimo afirmar que muitas coisas mudaram, desde as modalidades jurídicas e administrativas, até os procedimentos mais simples. Foi incorporada, de maneira implícita, uma palavra única que, mesmo podendo ter muitos significados, não se desprende do seu objetivo: tecnologia.

Junto com a tecnologia, vieram instrumentos e ferramentas que, além de produzirem mudanças, abarcaram gradativamente todos os envolvidos. Desde a máquina de escrever, blocos de anotações, papel mimeografado e arquivos de prontuários físicos, até os mais sofisticados computadores, celulares, *e-mail's*, documentos digitalizados e arquivos eletrônicos.

1 Advogado, especialista em Direito do trabalho e seguridade social – Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenador de gestão de processos de pessoas – CGPP/DARH/SUPERH da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

2 Assistente social, especialista em gestão estratégica de pessoas – Universidade Estadual da Bahia (UNEB) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assessora da Diretoria de Administração de Recursos Humanos – DARH/SUPERH da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

Desta maneira, é impossível não reconhecer presença da tecnologia em tudo que fazemos. É explícita a necessidade de evolução dos trabalhos e trabalhadores, especificamente, dos que atuam no setor de recursos humanos, com processos de aposentadoria.

As necessidades e dificuldades vivenciadas pelo setor de recursos humanos da Sesab vão de encontro ao poder de resposta dos servidores públicos, que, indiscutivelmente, com muita dedicação chegaram ao fim de sua vida laboral. Muitos deles de grande intensidade, em designações de cunho específico, e que, muitas vezes, não tiveram seus direitos garantidos na totalidade.

Decerto, os argumentos que tanto criticam a burocracia destes processos são relevantes. Outro fator complicador é o envelhecimento do quadro de funcionários e até o crescimento do número de servidores. Contudo, nenhuma condição pode se sobressair ao poder de sensibilidade dos setores responsáveis pela gestão de trabalho em fazer valer todos os direitos dos trabalhadores, implementando as delimitações legais e administrativas necessárias.

Ao perceberem que as demandas de processos de aposentadoria estavam deficitárias, a Coordenação de Gestão de Processos de Pessoas (CGPP), a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) e a Diretoria de Recursos Humanos (DARH) vêm propondo diversas alternativas para solucionar tais dificuldades.

Tais alternativas são traduzidas em ações e projetos que, apesar de ainda não terem resolvido, todas as dificuldades apontadas, são consistentes e efetivas na busca de uma melhor Gestão do Trabalho.

Partindo disto, o presente artigo possui como núcleo de exposição a reestruturação dos trâmites dos processos de aposentadoria da Sesab. Não se ignora, obviamente, o fértil campo da pesquisa que permeia a Gestão do Trabalho, uma vez que, para que todas as modificações pudessem ocorrer, foi essencial uma grande dedicação à respectiva temática.

O estudo sob análise está dividido, basicamente, em três partes principais. Adotando o posicionamento teórico/prático, este trabalho se inicia tratando da importância legal das aposentadorias dos servidores públicos do estado da Bahia. Serão levantadas, nesta oportunidade, as questões formais que envolvem os direitos e garantias dos trabalhadores em evidência.

Em seguida, na segunda parte, o estudo se concentrará nos fatores que geraram a necessidade de reestruturação. A motivação da Procuradoria Geral do Estado da Bahia que, em conformidade com a Lei de nº 12.209/11 (referente a processos administrativos), provocou uma reflexão na forma como estava sendo conduzida as atividades de recursos humanos da Sesab, especificamente da matéria em destaque.

Finalmente, na terceira parte deste relato, serão expostas as estratégias, métodos propostos e executados pela SUPERH, através da DARH, para alcançar os anseios supramencionados, buscando a evolução do setor e a adequação à legislação vigente.

O presente relato de experiência terá atingido seu principal objetivo se, das linhas que se seguem, decorrerem discussões, reflexões e questionamentos acerca dos trâmites de processos administrativos de aposentadoria da Sesab, mostrando os fatos que desencadearam a busca pela evolução e adequação do setor às novas leis, alinhado aos projetos realizados pela Superintendência de Recursos Humanos e pela Diretoria de Recursos Humanos, para se encaixar a todas as necessidades atuais.

Espera-se que este artigo contribua para o aprimoramento e fomento das preocupações atinentes à temática que é restrita, especialmente no que se reporta aos trabalhadores, parte da sociedade classicamente considerada hipossuficiente nas relações de emprego e que dedicam grande parte da sua vida em prol da coletividade e do bem público.

A aposentadoria do servidor público estatutário da Sesab

Pode-se dizer que quase todas as vertentes que lastreiam a base do assunto em comento, originam-se de leis, decretos, emendas constitucionais (EC) e portarias. Ou seja, existem devido aos atos públicos realizados por órgãos e entidades competentes.

Desses, podemos citar como principais para o assunto:

- Lei 6677/94 (Estatuto dos servidores públicos do estado da Bahia);
- Lei 10887/04 (determinante na alteração de base de cálculo para as aposentadorias);
- Lei 11.357/09 (Característica marcante nas aposentadorias por invalidez, influenciando diretamente no marcos de laudos médicos);
- EC 20/98 (Consolidou o novo modelo previdenciário com ênfase no caráter contributivo);
- EC 41/03 (determinante para benefícios como a integralidade na aposentadoria voluntária);
- EC 47/05 (Modificou algumas regras inativadoras e apresentou período de aquisição de gratificações);
- EC 70/12 (Atuação direta nos cálculos das aposentadorias por invalidez e compulsoriedade, atuando principalmente nas revisões de aposentadorias).

E, acima dessas, está a Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), especificamente no seu artigo 40 e todo seu conteúdo expresso.

A base legal transcrita acima se refere aos alicerces que norteiam o sistema previdenciário dos servidores estatutários do estado da Bahia. Haja vista que os fundamentos jurídicos que podem abordar as suas aposentadorias estão contidos nos respectivos ordenamentos.

Para alinhar os pensamentos e chegar até a elaboração de uma aposentadoria, é importante salientar que o direito almejado se inicia pela matéria, ou seja, a “seguridade social”. Sua definição está contida no *caput* do artigo 194 da CF/88 como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar o direito à saúde, à previdência e a assistência social.” (BRASIL, 1988)

No caso em espécie, o que nos interessa meditar é a “Previdência”, que, conforme o artigo 201 da CF/88 (BRASIL, 1988), “será organizada na forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial.”

O Brasil possui três regimes previdenciários: a) Regime geral de previdência social (RGPS), aplicável aos trabalhadores da iniciativa privada e servidores sem cargo efetivo; b) Regimes próprios de previdência social (RPPS), aplicável aos servidores públicos de cargo efetivo e o c) Regime de previdência complementar (RPC), que se trata da previdência privada facultativa e autônoma.

O que nos interessa abordar de forma mais aprofundada é o RPPS. Para esclarecer melhor tal situação, a legislação estabelece, segundo o art. 10, parágrafo 3º do Regulamento da previdência social (RPS) que “[...] Entende-se por Regime Próprio de Previdência aqueles instituídos pela União, Estados, DF e Municípios que assegure, pelo menos, as aposentadorias e pensão por morte previstas no art. 40 da CF”. (BRASIL. Previdência Social, 1999)

Assim sendo, com a instituição, por parte do estado ou algum município, de um regime próprio, terão os mesmos que assegurar os benefícios mínimos previstos constitucionalmente a todos os seus assegurados e filiados.

Na verdade, é importante ressaltar que, no que diz respeito aos trabalhadores (segurados) que poderão ser abrangidos pelo RPPS, deve-se destacar, de maneira prévia, as mudanças ocorridas após a Emenda Constitucional (EC) nº 20/98.

Até 16 de dezembro de 1998, data em que começaram a vigorar as novas regras da referida emenda, os RPPS poderiam abranger todo e qualquer tipo de servidor (trabalhador), seja o comissionado, contratado temporariamente, servidor efetivo, celetistas, estáveis ou ocupantes de cargos eletivos. Ou seja, servidor

que prestasse serviço ao ente público, mesmo que temporariamente, poderia ser vinculado ao RPPS.

Infelizmente, a possibilidade legal anterior a EC nº 20/98 fazia com que muitos entes públicos criassem regimes próprios, com o simples intuito de elidir as contribuições previdenciárias, que, diga-se de passagem, pesam consideravelmente na estrutura econômico-financeira das empresas/entes públicos. Vale ressaltar que somente a parte patronal corresponde em média a 20% para a empresa-ente público, somado a 1% do seguro acidente do trabalho. Essas contribuições visam assegurar a manutenção de um fundo capaz de efetuar os pagamentos dos benefícios previdenciários sempre que os segurados necessitarem: o mal gerenciamento destas contribuições deixaram os trabalhadores não efetivos desassistidos.

Destaca-se, também, que após a previsão constitucional de 1988, muitos municípios e estados começaram a instituir regimes sem a devida responsabilidade. Esta situação ocorreu por diversos motivos: a inexistência de um regime de caráter contributivo definido, e até a aplicação dos recursos (contribuições) em outras despesas, comprometendo a criação de um fundo capaz de suprir as mínimas necessidades destes trabalhadores.

Por isso, a partir da EC nº 20/98, só é permitido aos servidores efetivos (concursados) a filiação ao RPPS, ou seja, todos aqueles servidores não efetivos passam, inicialmente, a estarem obrigatoriamente vinculados ao Regime geral de previdência social (RGPS).

Fala-se em “inicialmente” pois a legislação é clara ao dizer que os servidores elencados na EC nº 20/98 deverão obrigatoriamente estar vinculados ao RGPS, mas desde que não abrangidos por regime próprio de Previdência social.

Uma vez analisado de forma suscita o Regime próprio, dando continuidade à temática em destaque, verifica-se que toda contribuição realizada se conforma num benefício previdenciário denominado aposentadoria.

A definição de aposentadoria é fluída e vem mudando ao longo do tempo, assim como as condições sociais e as expectativas individuais.

Vários conceitos foram e têm sido apresentados por muitos pesquisadores, e não existe consenso sobre a melhor forma para definir aposentadoria. Borland (2005, p. 5), por exemplo, afirma que “[...] o conceito de ‘transição à aposentadoria’ é identificado como uma fase na qual um trabalhador mais velho muda de algum padrão ‘relativamente permanente’ da atividade do mercado de trabalho para a aposentadoria”.

Contudo, apesar deste pensamento ser mais abrangente, não se pode deixar de cogitar que a aposentadoria não se resume somente em relação à idade.

Deve-se levar em consideração um conjunto de fatos e direitos adquiridos que possibilitam o afastamento do indivíduo da sua atividade laboral cotidiana, recebendo um benefício pela atividade que fora prestada.

Em resumo, o trabalhador deixa um determinado lugar em que vendeu sua força de trabalho e deteve um papel social, saindo de uma posição profissional oficial para voltar-se ao âmbito privado (os aposentados). Ou, ainda, deixa um negócio ou uma profissão para desfrutar de liberdade e lazer, especialmente depois de uma trajetória profissional. A aposentadoria aparece como júbilo, com sentimento do dever cumprido e da aquisição do direito a um benefício pecuniário mensal.

De fato, a aposentadoria é um direito adquirido que somente pode surgir de acordo com os requisitos presentes na legislação (conforme o artigo 40 da CF/88 e todas as leis citadas anteriormente).

Além dessas informações, é importante acentuar que atualmente existem algumas situações particulares entre os preceitos da aposentadoria e seus fundamentos jurídicos. Os doutrinadores e responsáveis pela execução legal da norma as definem como “modalidades”. E essas, por sua vez, dividem-se em regra anterior, regra de transição e regra atual.

Tais situações são apresentadas atualmente nas seguintes condições, respectivamente:

- a) Regra anterior: os servidores que cumpriram os requisitos para inativação até a 16 de dezembro de 1998, data da promulgação da EC 20/98, terão assegurados o direito de optarem pela aposentadoria com base nas regras vigentes até aquela data ou nas demais regras posteriores, inclusive nas gerais previstas no art. 40, parágrafos 3º e 17º, com redação dada pela EC 41/03;
- b) Regra de transição: os que cumpriram os requisitos para inativação entre 16 de dezembro de 1998, data da promulgação da EC 20/98, e 31 de dezembro de 2003, promulgação da EC 41/03 e vigência dos efeitos da EC 47/05, terão assegurados o direito de optarem pela aposentadoria com base nas regras vigentes até a data em que preencheram os requisitos da mesma ou nas demais regras posteriores, inclusive nas gerais previstas no art. 40, parágrafos 3º e 17º, com redação dada pela EC 41/03. Além disso, abrangem também os servidores que ingressaram no serviço público antes da promulgação da EC 20/98 e da EC 41/03, mas não cumpriram os requisitos para a obtenção da aposentadoria pelas regras então vigentes;
- c) Regra atual: os servidores que ingressaram ou que virão a ingressar em cargo efetivo após a publicação da EC 41/03.

Assim, é possível, com este resgate histórico, analisar que os fundamentos legais que compõem e estruturam toda a matéria de aposentadoria se preocupam desde a origem do trabalhador, abordando todos os aspectos, prerrogativas de vínculos e atividades, até as adequações atuais.

A motivação da reestruturação

Muitas designações e metas no que tange as demandas de processos administrativos na Bahia estão sendo realizadas no ano de 2013. A repercussão da lei estadual de nº 12.209, de 20 de abril de 2011, que dispõe sobre a temática em destaque, (no âmbito da administração direta e indireta, regidas pelo Regime público do estado), foi um instrumento motivador e delimitador para que o setor de recursos humanos da Sesab promovesse uma reestruturação no grupo que atua diretamente e indiretamente nas demandas de aposentadorias.

Embasando-se nisso, a Procuradoria Geral do Estado (PGE) aludiu em favor do cumprimento da Lei 12.209/11, exigindo a adequação por parte das secretarias e demais órgãos e ressaltando o cumprimento dos prazos estabelecidos em seu conteúdo. É importante enfatizar que a PGE é a responsável pelas demandas processuais do estado, haja vista que, como entidade consultiva e defensora legal do mesmo, averigua a totalidade dos pleitos que executam leis e reconhecem direitos, neste âmbito.

Além disso, a total análise jurídica das aposentarias que compreende, desde a origem do processo, até a publicação do ato de jubilação, procedimentos que aconteciam em apreço pela douta procuradoria, e de certo modo já costumeiro, passarão a ter maior independência em sua tramitação por parte dos servidores/técnicos da Sesab e, posteriormente, da Superintendência de Previdência (Suprev), órgão legalmente competente para publicar as aposentadorias e vinculado à Secretaria da Administração do Estado da Bahia (Saeb).

Cabe ressaltar que, anterior aos fatos supracitados, a realidade estrutural da CGPP, coração do trâmite processual em destaque, já apresentavam dificuldades/problemas. O envelhecimento do quadro de técnicos/servidores da Sesab, como um todo, aliada ao crescimento e capacidade laborativa do setor, chegou por um momento a estar em desvantagem em relação à quantidade de demandas pleiteadas, fato que contribuiu para um déficit na conclusão dos processos de aposentadoria dentro da coordenação.

Com esse déficit de processos surgiu, também, uma espécie de cadeia de efeitos, cuja repercussão contribuiu para uma constante insatisfação dos futuros

aposentados na aquisição dos seus direitos, pressão para conclusão dos respectivos pleitos, a necessidade por mudanças na coordenação, maior qualificação para o trabalho, dentre outras especificidades que compõem a estrutura de recursos humanos da Sesab.

Assim, as condições gerais enfrentadas atualmente pelo setor, bem como o posicionamento adotado pela PGE em não mais participar mais de forma tão intensa no desfecho dos processos administrativos de aposentadoria, serviram como estímulo para a SUPERH, a DARH e a CGPP – principais responsáveis pela administração das demandas envolvidas – buscarem alternativas para obterem uma maior celeridade na execução dos serviços, procedimentos, se adequando à legislação vigente e consequentemente melhorando a Gestão do Trabalho.

Métodos e estratégias para reestruturação

Conforme já foi mencionado anteriormente, diante da necessidade de diversas adequações para dar conta das demandas legítimas do nosso servidor, e de fazer valer as novas legislações vigentes, assim como dar conta das determinações da PGE, algumas estratégias foram pensadas pela SUPERH, pela DARH e pela CGPP.

Dessas, podemos destacar inicialmente a digitalização dos últimos 35 anos do *Diário Oficial do Estado* (DOE), traduzindo-se enquanto ação única de uma secretaria. Essa iniciativa teve por objetivo facilitar a instrução dos processos de aposentadoria, uma vez que sanou a necessidade de manipulação desses documentos físicos por parte de nossos técnicos, muitos já deteriorados pela ação do tempo, proporcionando maior celeridade ao trâmite e acessibilidade a todos os agentes envolvidos, preservando a saúde dos nossos servidores.

O êxito dessa ação foi tão relevante que extrapolou o projeto inicial, estendendo-se à digitalização dos prontuários de todos os servidores da Sesab, fato que, apesar de estar em vias de formalização contratual com a empresa licitada, futuramente servirá como modelo de instrução processual, uma vez que abarcará todos os documentos profissionais dos servidores da Saúde.

Outra estratégia executada foi a implantação do “Projeto aposenta servidor”, que, dentre os seus objetivos, desenvolve a qualificação *in loco* dos servidores responsáveis pelo RH das diretorias regionais de Saúde (Dires) e das unidades da rede própria, proporcionando aos mesmos competências essenciais e necessárias ao processo de trabalho voltado à gestão de pessoas com foco na aposentadoria. Esse projeto se traduz em três ações: a) a capacitação do servi-

dor; b) a celeridade na instrução dos respectivos processos e c) a valorização e reconhecimento dos técnicos que detém expertise na área.

Pode-se considerar como mais uma estratégia o mutirão da CGPP, realizado pelo grupo responsável pelas aposentadorias da Sesab. Este teve início em 4 de julho de 2013 e, devido às limitações que envolvem a carga horária legal, teve duração de seis meses. Pretendeu-se, nesse período, instruir cerca de dois mil processos, incluindo o volume recente de pleitos.

No que tange a tecnologia e funcionabilidade, foram adquiridas novas máquinas eletrônicas de suma importância para o desenvolvimento dos trabalhos, assim como a contratação por licitação de uma empresa prestadora de mão de obra terceirizada e de profissionais pelo Regime especial de direito administrativo (Reda), o que nos permitiu dar suporte às novas estratégias, ainda que não seja o ideal, pois requer a cada término de contrato a qualificação de novos trabalhadores, gerando retrabalho e descontinuidade.

Resultados e discussão

Todos esses esforços vêm alavancando a qualidade do serviço desempenhado pelo setor. Estes podem nos dar expectativas de que todos os meios legais serão utilizados para melhorar ainda mais as atividades na área. O que ainda não pode ser traduzido como concluído, haja vista a grande quantidade de trabalho a ser feito.

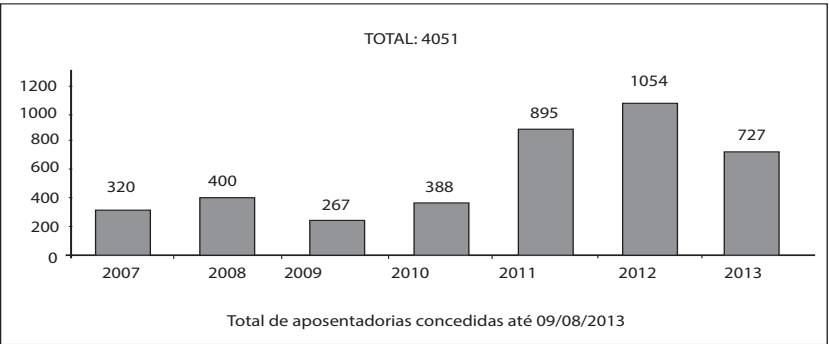
De fato, ainda serão colhidos alguns resultados e tudo leva a crer que o RH da Sesab conseguirá alcançar todos os seus objetivos e designações impostas. Os próprios números são favoráveis. A digitalização dos DOE já é uma realidade prática no dia a dia dos operadores processuais. Para se ter uma ideia, pesquisas de atos administrativos que poderiam durar mais de um dia de labor, reduziram-se há alguns minutos na frente do computador.

Por sua vez, o Projeto Aposenta Servidor, que, por afastar o profissional da CGPP do seu posto de trabalho, poderia gerar certa dúvida quanto ao campo de produção da coordenação, é um sucesso por onde passa. É detentor de um número eficiente de conclusão de pleitos, ao mesmo tempo em que se torna um elo de aproximação entre a administração central (RH) e as unidades localizadas no interior. A capacitação prestada acaba sendo mais que um treinamento, ela demonstra a sensibilidade da gestão com uma camada de profissionais que, apesar das dificuldades diárias, se dedicam muito a efetuar seu trabalho corretamente.

Sobre as aposentadorias, tão discutidas neste contexto, a resposta pode ser facilmente obtida através dos gráficos da coordenação. É visível a evolução do setor de alguns anos para cá, principalmente, do ano de 2010 em diante. Sempre ressaltando que os resultados de hoje são reflexos do que fora produzido no passado.

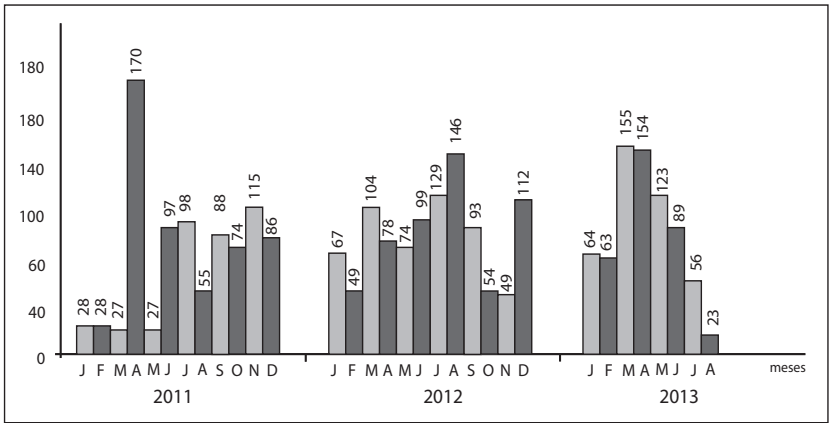
Por isso, os números positivos são retratados da seguinte forma:

Gráfico 1 - Aposentadorias concedidas. Período: jan/2007 a ago/2013



Fonte: CGPP/DARH/SUPERH/Sesab

Gráfico 2 - Comparação de aposentadorias 2011/2012/2013



Fonte: CGPP/DARH/SUPERH/Sesab

Pode-se constatar um grande avanço nas publicações de aposentadorias a partir do ano de 2011, com o quantitativo de 895 atos, alcançando um índice superior a 100% do ano anterior. Observa-se, ainda, que do ano de 2011 a 2012, houve o

aumento de 18%, chegando ao patamar de 1.054 inativações. Para o ano de 2013, em conformidade com uma projeção realizada, acredita-se que seja alcançado os números de 1.327 atos aposentadores, perfazendo 25% de superioridade em relação ao anterior. E já no ano de 2014, pra fechar o ciclo da gestão, espera-se alcançar no mínimo 1.751 aposentadorias de servidores da Sesab.

Considerações

É indiscutível que as deficiências que surgiram ao passar dos anos, bem como as imposições realizadas pela PGE, fomentaram o grupo que trata da aposentadoria dos servidores da Secretaria da Saúde a buscar modificações estruturais no seu processo de trabalho.

Entretanto, ainda paira uma grande preocupação acerca das pretensões estratégicas, tendo em vista que aproximadamente 30% dos trabalhadores do RH que atuam na CGPP/DARH/SUPERH, detentores da *expertise* dos procedimentos processuais na área, encontram-se também em vias de aposentadoria. O que alerta para a necessidade de sempre estarmos qualificando servidores e técnicos, a fim de que o nível de conhecimento sempre esteja atualizado e em evolução. Outra questão importante diz respeito à necessidade de novos servidores estatutários para o setor de RH, como já foi comentado anteriormente. Contudo, por ser uma questão que envolve concurso público de categoria específica, insere-se diretamente no rol discussões de competências de outras pastas do executivo, além de outras setoriais.

Portanto, tendo em vista todas as ações desenvolvidas pela área de Recursos Humanos da Sesab, buscando a melhoria das condições de trabalho, ainda não podemos dar como findadas todas as necessidades que englobam o assunto debatido. É essencial que se busquem medidas, estratégias e projetos de forma contínua para que não aja retrocesso nos procedimentos já adotados.

Referências

BAHIA. Lei nº 11.357 de 06 de janeiro de 2009. Organiza o Regime Próprio de Previdência dos Servidores Públicos do Estado da Bahia e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/verdoc.php?id=65596>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BAHIA. Estatuto do servidor público do estado da Bahia. Lei 6677, de 26 de setembro de 1994. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85381/estatuto-do-servidor-publico-do-estado-da-bahia-lei-6677-94>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. (Constituição 1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/decreto-lei/del5452.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Emenda constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Emenda constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/Emendas/Emc/emc41.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Emenda constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005. Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Emenda constitucional nº 70, de 29 de março de 2012. Acrescenta art. 6º-A à Emenda Constitucional nº 41, de 2003, para estabelecer critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores públicos que ingressaram no serviço público até a data da publicação daquela Emenda Constitucional. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/Emendas/Emc/emc70.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2002/l10406.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o código de processo civil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l5869.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Lei n. 9.717, de 27 de novembro de 1998. Dispõe sobre regras gerais para organização e funcionamento dos regimes próprios da previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [...]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/L9717.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004. Dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, altera dispositivos das Leis nºs 9.717, de 27 de novembro de 1998, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.887.htm>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Previdência Social. Decreto n. 3048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivilLo3/decreto/D3048.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

DIDIER JR., Fredie. *Curso de direito processual civil*. 12. ed. Salvador: Juspodivm, 2010. v. 1.

KERTZMAN, Ivan. *Curso prático de direito previdenciário*. 9. ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

MARTINEZ, Luciano. *Curso de direito do trabalho*. São Paulo: Saraiva, 2010.

Sites consultados

<www.stf.jus.br>

<www.stj.jus.br>

<www.tst.jus.br>

<www.pge.ba.br>

<www.conjur.com.br/2008-out-11/acesso_justica_nao_confunde_acesso_judiciario>

<www.intermas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2444/1968>

<www.cbma.com.br/hp/>

PARTE II - GESTÃO DA EDUCAÇÃO

A incorporação do ensino a distância como estratégia da política de Gestão do Trabalho e Educação permanente em Saúde para trabalhadores do SUS na Bahia¹

Marcele Carneiro Paim²
Carmen Fontes Teixeira³

Introdução

No Brasil, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, tem contemplado a preocupação com mudanças nas práticas de Saúde na formação e qualificação dos seus trabalhadores. Os artigos 196, 197, 198 e 200 da atual Constituição Brasileira definem a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado, apresentam uma nova organização dos serviços de Saúde e colocam o ordenamento da formação de recursos humanos para a área da Saúde como competência do SUS. (BRASIL, 1988) A Lei Orgânica da Saúde (LOS – lei 8.080 de 19/09/1990) define em seu artigo 27, que

[...] a política e recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, e elabo-

1 Trabalho desenvolvido a partir da dissertação de mestrado, intitulada *A incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia*, defendida em 15/04/2011 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia.

2 Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (2011).

3 Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (1996).

rar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, 1990)

Nessa perspectiva, as reflexões acerca de alternativas para os processos de formação e qualificação de pessoal, bem como os esforços de articulação da Educação e trabalho, ganham relevância na área de Saúde. Para Paim (1994, p. 1),

Pensar o tema recursos humanos em saúde (RHS) no estágio atual de desenvolvimento da organização social dos serviços de saúde no Brasil exige não apenas o refinamento das ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para a apreensão dessa dimensão da realidade mas, sobretudo, a capacidade de análise para identificar, além de problemas, oportunidades e a criatividade estratégica para construir saídas políticas numa arena constituída por constelação de obstáculos.

Fontoura (1996) sinaliza a importância da busca por uma formação de uma mão-de-obra qualificada que apresente um perfil adequado para a reformulação das estruturas e das práticas de Saúde e tome como base o perfil epidemiológico, as necessidades da população e a crítica ao processo de trabalho que já não atende as atuais necessidades dos trabalhadores e dos serviços. Nesse sentido, a valorização do trabalho no SUS vem sendo identificada como essencial para a melhoria da qualidade da atenção à Saúde e a criação de vínculo entre os trabalhadores e a população. Desse modo, a Gestão do Trabalho tem sido destacada como um dos aspectos fundamentais para a consolidação do SUS, sendo contemplada na Política Nacional para a Gestão do Trabalho e a Educação no SUS (NOB/RH-SUS) por meio da resolução n. 330, de 04 de novembro de 2004, que enfatiza a importância da Educação permanente (EP) dos trabalhadores do SUS. (BRASIL, 2005)

A Educação Permanente (EP) é compreendida por alguns autores como um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores a nível individual e coletivo. Nessa perspectiva considera-se que a formação se dá ao longo da vida profissional alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas (PAIM; NUNES, 1992), e que a instituição de Saúde, como espaço social, não é só lugar de trabalho mas também de Educação. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994) A Educação Perma-

nente em Saúde (EPS) tem como alicerce o conceito de aprendizagem significativa,⁴ podendo, em síntese, ser compreendida como um processo de aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e toma como ponto de partida as realidades distintas, experiências dos sujeitos e problemas enfrentados. Tendo conquistado o estatuto de política pública na área de Saúde (CECCIM, 2005), a EPS colocou em debate a possibilidade de se conformar a rede pública de Saúde como uma legítima rede de ensino-aprendizagem na esfera do trabalho no SUS, para o que passou a considerar-se a potencialidade da educação a distância (SAMPAIO; VELOSO, 2009), além de pensar a EAD como possibilidade de integração de sujeitos através da formação de redes virtuais de Educação em Saúde significa situar a Educação a distância na estratégia de EPS. Essas redes ultrapassam distâncias físicas e temporais, estabelecendo novas formas de interação e criando um novo ambiente de aprendizagem, nas quais o conhecimento é construído coletivamente. (PAIM; GUIMARÃES, 2009) Na Bahia, a partir de 2007, foi desencadeado um processo de modernização voltado para gestão de pessoas, buscando promover a democratização do ensino-aprendizagem aos trabalhadores do SUS dispersos no extenso território desse estado, que possui 417 municípios. Através da EAD, almejou-se a capilarização da EPS para os trabalhadores da Saúde e, para isso, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), através da Superintendência de Recursos Humanos em Saúde (SUPERH), da Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (Eesp) e da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), assim como de outras unidades e instituições parceiras, passaram a desenvolver o Projeto EAD/SUS-BA.

A dimensão geográfica do estado, a existência de uma grande quantidade de trabalhadores e gestores e a diversidade de processos de trabalho que demandam qualificação exigem criatividade e investimentos em estratégias pedagógicas que possam ter um alcance maior do que as formas tradicionais dos cursos presenciais. Logo, no âmbito da Sesab, o papel do projeto EAD/SUS-BA foi considerado estratégico para a gestão da produção de conhecimentos, de processos de qualificação de pessoas e de reorganização da atenção à Saúde no Estado da Bahia. O objetivo deste capítulo é analisar a incorporação do ensino a distância como estratégia da Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), no período de 2007 a

4 Compreende-se aprendizagem significativa como “[...] um processo por meio do qual uma nova informação relaciona-se, de maneira substantiva (não-litera) e não-arbitrária, a um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo.” (MOREIRA, 1999, p.11)

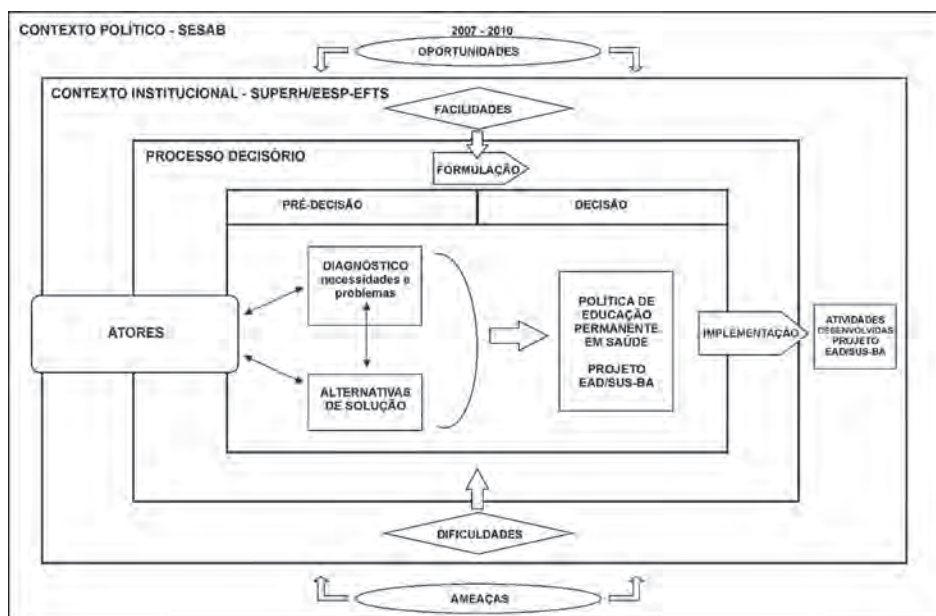
2010, efetuando-se um recorte, a partir da análise do processo de formulação e implementação do projeto EAD/SUS-BA na Sesab. Além de um possível elemento de inovação ou mudança organizacional, investiga-se a EAD como alternativa integradora do processo de Educação permanente a partir da observação de certos “efeitos” produzidos nas práticas de Educação em Saúde na Sesab, esperando-se contribuir para o conhecimento da dinâmica institucional, assim como dos desafios a serem enfrentados no processo de implementação da referida política no SUS-BA.

Aspectos teórico-metodológicos

A investigação tomou como referência o ciclo da política pública, particularmente o processo de implementação do projeto EAD/SUS-BA, na Sesab, entre os anos de 2007 e 2010. Essa opção aproxima o presente estudo à linha de pesquisa sobre o ciclo das políticas públicas, que vem sendo desenvolvida por vários autores da área de Saúde coletiva. (CAPELLA, 2007; PINTO, 2004; TEIXEIRA, 2009) A escolha do período de 2007 a 2010 foi influenciada pela formulação e discussão do documento da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde – SUS/BA (PEGTES). Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, com a utilização de análise documental e entrevista individual com informantes-chaves, gestores e integrantes da equipe técnica da Sesab, bem como de instituições parceiras que participaram direta ou indiretamente do processo de concepção, formulação e/ou implementação do projeto EAD/SUS-BA. Vale ressaltar que foram também observados os materiais utilizados, os produtos e o ambiente virtual de aprendizagem dos cursos EAD desenvolvidos pela instituição, através de visitas ao *moodle*. Como referencial teórico, o estudo fundamentou-se no modelo analítico do ciclo da política pública proposto por John W. Kingdon (1995), no qual o ciclo da política envolve o entrelaçamento de três “fluxos”, ou “correntes”, o fluxo dos problemas, o fluxo das soluções ou alternativas e o fluxo da política, cuja convergência resulta na criação de oportunidade para a incorporação de um determinado tema ou problema na agenda política, a partir do que é possível analisar os momentos de “pré-decisão” e de “decisão” com relação aos problemas e políticas que constituem o objeto do processo decisório. Este modelo permite que se compreenda o ciclo das políticas públicas como um processo dinâmico, interativo, que além de tentar explicar a interação entre intenções e ações dos atores políticos envolvidos no processo de formulação e implementação de uma dada política, relaciona o ambiente social, político e econômico com o governo

(PINTO, 2004), orientando que se investigue a ação pública, seus determinantes, finalidades, processos e consequências. A partir da incorporação de alguns elementos derivados da contribuição de autores latino-americanos, como Testa (1992) e Matus (1993) ao modelo de Kingdon, foi elaborado um modelo que articula o conjunto de elementos teóricos e as possíveis relações entre eles, apresentando-se como um referencial para a análise do processo de incorporação da EAD na Política de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS na Bahia (Figura 1).

Figura 1 – Modelo teórico para a análise do processo de incorporação da EAD na Política de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS



Fonte: Adaptado de Teixeira e outros (2009).

Nessa perspectiva, acrescentou-se a categoria de análise “contexto”, distinguindo o contexto político mais geral do contexto político-institucional, assumindo que os problemas e as alternativas incluídas no processo de negociação entre os vários atores se apresentam em contextos específicos, que permitem ou obstaculizam sua explicitação na “cena política” e, consequentemente, sua incorporação ao debate e negociação entre os atores envolvidos nos diversos

“fluxos” da política. (TEIXEIRA et al., 2009) A análise dos contextos contemplou a observação de viabilidade das políticas, agregando elementos extraídos do método DOFA4 (ou FOFA), difundido no âmbito da metodologia de planejamento estratégico no espaço latino-americano. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD; OMS, 1992, 1994) São eles: a identificação das facilidades e dificuldades enfrentadas pelos diversos atores durante o processo de formulação e implementação da política em cada uma de suas fases ou momentos, na pré-decisão e na decisão propriamente dita, bem como das oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo à instituição na qual se processa a elaboração e implementação da política. A opção teórico-metodológica considerou, portanto, a EAD como uma estratégia da PEGTES, recorrendo a um balanço do processo, a partir de uma ordem cronológica das atividades que foram propostas e realizadas. Com base no modelo proposto, foram especificadas como categorias de análise o contexto político-institucional no qual ocorreu o processo de formulação da PEGTES, os atores envolvidos e o processo de formulação em si. Além disso, buscou-se identificar as facilidades e dificuldades enfrentadas, as quais foram apontadas pelos documentos revisados e pelos atores entrevistados.

Atores envolvidos no desenvolvimento do projeto EAD/SUS-BA

O mapeamento dos atores envolvidos no processo de formulação e implementação do projeto EAD/SUS-BA permitiu a identificação de gestores e integrantes da equipe técnica da Sesab e de instituições parceiras que participaram em distintas fases do processo. Foram investigadas sua concepção quanto a EAD e as posições políticas que assumiram durante o processo (apoio, rejeição ou indiferença) diante da proposta de incorporação da EAD à prática cotidiana nos cursos, bem como eventuais coalizões que se formaram, constituindo grupos de apoio e/ou rejeição ao projeto. As entrevistas revelaram a importância da constituição de um grupo de trabalho do projeto EAD SUS-BA (grupo de trabalho EAD SUS-BA). Para a operacionalização das ações, revelou-se que este “GT” atuou como “ator central” envolvido no “jogo social” (MATUS, 2007) do processo de formulação e implementação do projeto EAD SUS-BA. Além disso, o GT configurou-se, no âmbito das relações intersubjetivas e políticas estabelecidas entre os gestores, integrantes da equipe técnica da Sesab e instituições parceiras, como um “sujeito público [...] capaz de promover a transitividade entre a produção de conhecimento” (TESTA, 1992 p. 124) acerca do debate da democratização dos processos de Educação permanente na Sesab, a construção de estratégias para ins-

titucionalização da política proposta e o desenvolvimento de ações concretas no âmbito político-gerencial e técnico-operacional do projeto na instituição. Outros atores secundários também foram se apresentando ao longo do processo a partir das parcerias intra e interinstitucionais firmadas ao longo da implementação do projeto.

Contexto e processo político-institucional

Houve uma confluência de fatores configurados no contexto político-institucional da Superintendência de Recursos Humanos na Sesab favoráveis ao processo de formulação do projeto EAD SUS-BA, a começar por questões atinentes à problemática existente em termos de recursos humanos, tais como demandas por inclusão de um maior número de trabalhadores aos processos de Educação, ampliação e descentralização da oferta de cursos. No início do período estudado, que corresponde ao começo da gestão (2007), foi realizado um diagnóstico acerca dos problemas da área de recursos humanos em Saúde no estado da Bahia, o qual apontava para a existência de uma demanda historicamente reprimida por Educação permanente, entendida como dimensão estratégica para a construção do modelo técnico-assistencial desejado e, ao mesmo tempo, a baixa capacidade do governo para promover essa Educação. (BAHIA, 2007) De fato, a mudança no cenário político estadual, com o início da gestão Wagner, implicou a indicação de um secretário estadual que tinha formação política e trajetória baseadas nos princípios e fortalecimento do SUS. O compromisso político do novo secretário da Saúde com a reorientação do modelo de atenção e com o enfrentamento da problemática de recursos humanos configurou a abertura de uma “janela de oportunidade”, marcando a passagem do momento da “pré-decisão” para o momento da “decisão” da implementação de uma política de Educação em Saúde no estado. Observa-se, portanto, que essa análise da situação existente no SUS/Bahia fundamentava-se no debate contemporâneo sobre a importância das ações de EPS. A reflexão acerca das possibilidades de utilização da Educação a distância, em consonância com a concepção de Educação permanente como ferramenta para atender a demanda de capacitação de profissionais de Saúde, encontrou condições para se desenvolver, gerando um processo de articulação de vários órgãos que se comprometeram com a construção coletiva do projeto. Nessa direção, os problemas identificados no diagnóstico realizado foram selecionados e priorizados para ingressar na Agenda Estratégica da Sesab em 2007, podendo-se constatar que, de acordo com o modelo teórico de Kingdon, esse

processo contribuiu para a tomada de decisão de utilizar a EAD como um dos meios para a implementação da política. Tratava-se de uma alternativa de solução colocada na agenda política da Sesab diante da problemática existente em termos de recursos humanos, especificamente a necessidade de qualificação em larga escala dos profissionais de Saúde do SUS-BA. Os resultados obtidos com o presente estudo permitiram, portanto, identificar alguns possíveis determinantes do processo de incorporação da EAD no âmbito da PEP da Sesab, a exemplo da existência de um projeto institucional voltado à incorporação das tecnologias de EAD nos processos de Educação permanente para profissionais de Saúde, bem como o início de uma nova gestão, que tinha como proposta de governo priorizar a Saúde e pretendia articular estratégias de Educação permanente em torno de uma política estadual de Educação em Saúde. Assim, a disseminação da cultura EAD no âmbito da Sesab foi gradativamente alcançando um lugar nas mais diversas pautas e agendas institucionais naquela gestão.

Vale ressaltar a tendência no âmbito federal para a inclusão da EAD como estratégia de Educação, pois além de fatores internos ao ambiente da Sesab, as discussões nacionais no âmbito da Educação permanente e, mais especificamente, da Educação a distância na área da Saúde vêm apontando para um processo acelerado de difusão e incorporação de novas tecnologias educacionais.

Tem-se, portanto, um reflexo do avanço tecnológico na área de Educação, que vem produzindo mudanças nas instituições historicamente responsáveis pela formação de recursos humanos em Saúde, a exemplo das universidades e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). O estudo identificou diversas iniciativas acerca da utilização da EAD pelo Ministério da Saúde, a exemplo da Universidade Aberta do SUS (UNASUS-Brasil),⁵ o Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS (CNQGS)⁶ e o Projeto Telessaúde,⁷ reforçando, portanto, a

5 A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é uma ação da SGTES/MS, lançada em 18 de junho de 2008, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS) que visa criar condições para o funcionamento de uma rede nacional colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. (www.universidadeabertadosus.org.br/)

6 Curso de aperfeiçoamento com meta de formação de 7.500 gestores, que contemplou as 27 unidades federativas brasileiras, promovido pela ENSP em parceria com a Rede de Escolas de Saúde Pública, ou com outras instâncias formadoras em cada estado. Na Bahia, a EESP foi a instituição líder. Esse curso estava inserido no Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS, contemplado na dimensão de qualificação de quadros de gestores da política nacional de saúde, do Programa Mais Saúde: direito de todos - 2008/2011 e articulado com o Plano Regional de Educação Permanente do Pacto de Gestão do MS

7 O Programa Nacional de Telessaúde foi instituído pela Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007, no âmbito do MS. O Telessaúde Brasil tem por objetivo integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária. (www.telessaudebrasil.org.br/)

existência de uma tendência da inclusão do ensino a distância como estratégia de Educação no âmbito federal.

A experiência da EAD na Sesab

Registrou-se a participação de 4.150 pessoas nos processos educativos com EAD no período estudado. Cabe destacar que, nesse período, aproximadamente 1.500 alunos participaram de cursos de especialização promovidos pela Eesp/Sesab que utilizaram recursos do ensino a distância. No que diz respeito à formação de docentes EAD, o estudo revelou aspectos relevantes para o desenvolvimento de cursos através do Projeto EAD SUS/BA e a implementação deles. Apostou-se na formação de profissionais de Saúde para atividades de docência EAD, assim como para tutoria e mediação de aprendizagem de seus processos pedagógicos. Ressalta-se o objetivo de utilizar o ensino a distância como estratégia para envolver o ensino e o serviço, tendo o trabalho como princípio pedagógico, mobilizando profissionais de Saúde na busca pelo comprometimento, qualidade e eficácia do processo de ensino-aprendizagem. Os cursos desenvolvidos pela Sesab que utilizaram recursos EAD favoreceram as iniciativas para criar uma rede de Educação permanente no estado, na medida em que possibilitaram um maior número de atores nos processos educativos das redes virtuais, assim como o contato regular com apoiadores institucionais das áreas técnicas exercendo papel de mediação no ambiente virtual de aprendizagem. Esse contato regular aconteceu através dos cursos de especialização porque os objetos da prática de gestão eram também os objetos de desenvolvimento de aprendizagem dentro dos cursos, através da utilização de metodologias ativas, tais como aprendizagem significativa e problematização. Esses cursos utilizavam o trabalho como princípio educativo e, por meio dos recursos EAD, era possível dar continuidade às discussões nos momentos de dispersão. A expansão do número de usuários do sistema *moodle* na Sesab é outro ponto que merece destaque. Ao comparar os registros do EAD SUS-BA dos anos de 2008 (inauguração da plataforma *moodle* Sesab) e 2010, tem-se inicialmente um número aproximado de 400 usuários em 2008, que atingiu um total de 4.150 em 2010, a partir da análise das atividades do AVA realizada em setembro do mesmo ano. Foi registrada uma média de dezoito mil acessos semanais (Tabela 1), de abril a setembro de 2010, o que representa um avanço em termos de utilização do ambiente virtual como espaço de interação e aprendizado. (PAIM, 2011)

Tabela 1 - Caracterização do acesso semanal na plataforma Moodle EAD/SUS-BA

TIPO DE ACESSO	MÉDIA DE ACESSOS SEMANAIS	MENOR REGISTRO DE ACESSOS SEMANAIS	MAIOR REGISTRO DE ACESSOS SEMANAIS
Geral *	18.000	9.493	22.486
Individual**	-	953	3.115

Fonte: Paim, 2011.

* O acesso geral corresponde à quantidade de vezes que os usuários registrados acessam a plataforma semanalmente, dessa forma, são contabilizados todas as vezes que um usuário acessa o *moodle*.

** O acesso individual, só contabiliza uma vez por semana o acesso de cada usuário. Ou seja, mesmo que ele use o *moodle* 3x por semana para realizar suas atividades, só é contabilizado um único acesso.

A investigação permitiu também a sistematização de um panorama da utilização do ambiente virtual de aprendizagem na Sesab, a partir do quantitativo de cursos de especialização realizados pela Eesp/SUPERH/Sesab, no período de 2007 a 2010, conforme demonstrado no Quadro 1. Vale registrar que todos os cursos de especialização desenvolvidos pela Eesp neste período utilizaram o componente EAD como parte da sua metodologia.

Quadro 1 – Cursos de Especialização 2007-2010

ANO	CURSO	AVA/ SERVIDOR	Nº. ALUNOS	TOTAL
2007	Curso de Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Coordenação e Gerenciamento nos Processos de Trabalho (EEUFBA/EESP)	Moodle/IAT - SEC	154	154
2008	Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal na Área de Saúde (EFTS/EESP)	Moodle/Sesab - Prodeb	54	335
	Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão Municipal de Saúde (ISC/EESP)	Moodle/Net-Escola de Saúde Coletiva - UFBA	156	
	Curso de Especialização em Gestão Hospitalar para o SUS-BA FAUFBA/EESP	Moodle/Sesab - Prodeb	125	
2009	II Curso de Especialização em Saúde da Família Ênfase Implantação das Linhas de Cuidado	Moodle/Sesab - Prodeb	450 (gestores + profissionais de saúde)	668
	Curso de Especialização em Gestão Regionalizada para o SUS	Moodle/Sesab - Prodeb	218	
2010	Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde – Sesab	Moodle/Sesab - Prodeb	240	343
	Curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde para Auditores do SUS-Ba	Moodle/Sesab - Prodeb	103	
TOTAL				1.500

Apesar das duas escolas do SUS na Bahia, Eesp e EFTS, terem vivenciado experiências distintas no que tange à utilização da EAD no período estudado, houve uma consonância na escolha de um modelo próprio para cada escola. Pela

especificidade das suas ações, a EFTS não desenvolveu experiências práticas de cursos em EAD voltados para o cuidado no período, mas compôs o GT EAD-SUS e suas discussões para o projeto na Sesab como um todo, tendo também a participação de sua equipe técnica em processos de EAD. Ao discutir e planejar EAD, a EFTS aposta em um modelo semipresencial que valorize o momento do estágio. Tem-se, portanto, o desafio metodológico colocado para as escolas técnicas do SUS no sentido de manter a qualidade dos seus processos educativos embasados na Educação permanente, mesmo estando aluno-professor em muitos momentos geograficamente distantes, em resposta à necessidade de formar em larga escala os trabalhadores da Saúde, utilizando a EAD. (PLÁCIDO DOS SANTOS, 2010) Na mesma direção, a Eesp desenvolveu um modelo de utilização da EAD, que valoriza o momento presencial e o papel do mediador de aprendizagem nos processos de formação através da utilização de metodologias ativas de Educação. Assim, utilizou os recursos da EAD para apoiar pedagogicamente os momentos de dispersão entre os presenciais dos cursos de especialização ofertados no período em questão. Quanto às dificuldades encontradas, pode-se citar como potencial gerador de conflitos o estabelecimento de parcerias para operacionalização do projeto EAD SUS-BA, uma vez que geraram relações de dependência entre a articulação intra e interinstitucional, a infraestrutura tecnológica e a qualificação de técnicos para condução dos processos de Educação permanente. Embora condição vital para implementação do projeto, as parcerias exigiram o exercício da gestão compartilhada. Nessa perspectiva de gestão compartilhada, ao invés da responsabilidade por uma política/programa ser atribuída a apenas um setor, propõe-se cada vez mais o estabelecimento de acordos entre múltiplos atores envolvidos nos seus processos de desenho, implementação, controle e avaliação. Caracteriza-se, portanto, pela dependência mútua, visto que nenhum ator ou setor detém o controle dos recursos e do processo em sua totalidade. Tais processos implicam potenciais conflitos, pressões e confrontações constantes e, por essa razão, estão sempre em situação de risco de não se concretizarem. Processos dessa natureza têm sido estudados por vários autores, a exemplo de Mendes (2001), para quem o sucesso na gestão de redes depende da capacidade dos diferentes atores partilharem da mesma visão, internalizarem uma cultura de participação igualitária, estabelecerem e adotarem regras claras e partilharem riscos políticos e econômicos. Nessa direção, Rovere (1998) acrescenta que uma gestão compartilhada e em rede precisa buscar a articulação de um projeto comum, de forma atenta às especificidades dos segmentos envolvidos, chamando a atenção para o fato de que, embora nesse processo estejam participando

instituições e projetos, são sempre pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos. Fleury (2005) também analisa as dificuldades para a criação e manutenção da estrutura de redes, comentando que esse processo impõe desafios administrativos vinculados à negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos e processos coletivos de decisão, estabelecimento de prioridades e acompanhamento. Em outras palavras, os processos de decisão, planejamento e avaliação ganham novos contornos e requerem outras abordagens que deem conta da complexidade organizacional, o que nos remete à contribuição de Testa (1997) em sua análise das organizações de Saúde como “organizações hipercomplexas”.⁸ O estudo apontou também para dificuldades originadas de problemas decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros. Apesar das ações de Educação, particularmente ações de EAD, terem sido consideradas prioridade no projeto de governo, a prévia definição de recursos financeiros não foi assegurada e não houve garantia de recursos humanos qualificados para incorporação desta tecnologia na Sesab, diante da quantidade de atividades que o crescimento da oferta de cursos exigia. Utilizando como referencial o “triângulo de governo” de Matus (1993),⁹ vale lembrar a necessidade de articulação constante entre o projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema. Nesse sentido, a indicação constante nos relatórios e mesmo em algumas entrevistas acerca das dificuldades de operacionalização das ações de EP pode estar ocultando o fato de que esta poderia não ser, na realidade, uma estratégia prioritária como veio a se tornar durante o período correspondente à gestão analisada neste trabalho.

Comentários finais

Percebe-se que o crescimento registrado do número de usuários no ambiente virtual de aprendizagem, a formação de docentes EAD e tutores/mediadores

8 De acordo com o conceito defendido pelo autor, as organizações de saúde podem ser consideradas como estruturas hipercomplexas, porque estão em situação em que se manifestam todos os problemas institucionais em sua máxima dificuldade. (TESTA, 1997, p. 17)

9 Segundo Matus (1993, p. 59-61), o “triângulo de governo” no planejamento consiste em articular três variáveis muito interrelacionadas e ao mesmo tempo, bem diferenciadas: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo. Projeto de governo: “conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos [...] governabilidade do sistema: “relação entre variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo [...] capacidade de governo: “capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo.

de aprendizagem que eram profissionais da Sesab refletiram um processo vivo de aprendizagem que permitiu a vivência da EAD na instituição. Nesse sentido, a Educação a distância na Sesab, durante o período estudado, deixou o patamar teórico das discussões e se transformou em um conjunto heterogêneo de experiências práticas de utilização dessa modalidade de ensino. Nesse sentido, as pessoas passaram não só a vivenciar a EAD como a apostar nessa modalidade como estratégia de Educação permanente que possibilitaria a ampliação do número de trabalhadores envolvidos nos processos de qualificação e a capilarização da Educação permanente, tendo em vista a multiplicação por demandas ocorridas nesse período. Constata-se que ocorreu, ao longo dos quatro anos da gestão pesquisada, certa difusão e incorporação da “cultura de EAD” no âmbito da Sesab e não apenas na equipe envolvida com a oferta de cursos. Com isso, é possível pensar a Sesab como uma “organização que aprende”, na perspectiva apontada por Senge (1990), isto é, como uma instituição que vem passando por um processo de modernização tecnológica que incide no cotidiano do trabalho dos dirigentes, técnicos e trabalhadores da “ponta” do sistema que passaram, em grande parte, a utilizar rotineiramente o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Ao retomar os estudos de Sancho (2007), seria possível admitir a Sesab como uma organização que aprende através dos indivíduos que aprendem, assim como a incorporação da EAD favorecendo esse movimento institucional. Desdobrando a análise acerca do papel que as escolas do SUS vêm assumindo diante das necessidades e demandas por qualificação, cujo volume extrapola a capacidade e a agilidade das instituições tradicionais, cabe investigar os obstáculos que surgem ao longo deste processo e as estratégias que vem sendo acionadas para superá-los. A escolha de modelos próprios para utilização da EAD pelas escolas do SUS na Bahia demonstra que a Sesab desenvolveu um modelo próprio do sistema de EAD. Modelo este que inclusive é diferente do modelo da EAD da Secretaria de Educação e Cultura do Estado da Bahia (SEC) em termos de suporte. No período estudado, a SEC tinha um peso no sistema de videoconferência, enquanto a Sesab apostou no AVA como o seu principal suporte que tem dado conta da necessidade da Educação a distância. Para a Sesab, esse sistema parece se adequar melhor ao objetivo de promover Educação permanente, porque, a partir do AVA, é possível não apenas disseminar conhecimento, mas utilizar a própria ferramenta para processos de supervisão e gestão, utilizando o ambiente virtual para formação de redes, extrapolando, dessa forma, o ambiente dos cursos. Pode-se também destacar que a qualificação de profissionais de Saúde e a formação de docentes EAD realizadas, através do Projeto EAD SUS/BA, no período estudado, demandaram,

ao lado da qualificação técnica, o fortalecimento do compromisso político com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, essas novas formas de interação, no âmbito da Sesab, criaram a possibilidade de construção de novos espaços de aprendizagem e construção coletiva de conhecimentos e consequentemente surgimento de mudanças na cultura organizacional. Finalmente, vale ressaltar que apesar das evidências apontadas acerca dos impactos positivos que a incorporação da EAD possa estar tendo no âmbito da EP desenvolvida pela Eesp, é preciso alertar para a possibilidade de que isso venha a se tornar uma espécie de “modismo”, apresentado como solução para todos os problemas na área de Educação em Saúde. De fato, é importante manter o debate acerca do significado da incorporação de uma tecnologia educacional em Saúde, como é o caso da EAD, tratando de distinguir uma “inovação” de uma mera “novidade”. Entendendo a EAD como uma inovação tecnológica, há que considerar seu impacto na reorganização do trabalho de docente e sua utilidade para o processo de capacitação em larga escala. Entretanto, não se pode pretender que esta tecnologia seja capaz de responder a todos os desafios postos no cotidiano da qualificação técnica, política e ética dos profissionais e trabalhadores de Saúde.

Tecnologias não podem ser consideradas coisas em si, a-históricas, descontextualizadas, despolitizadas, pois expressam relações sociais. (MENDES-GONÇALVES, 1988) O enfrentamento desse desafio, portanto, convoca pesquisadores, docentes, trabalhadores e gestores de processos de qualificação de pessoal em Saúde a estarem continuamente problematizando os conteúdos e as metodologias de ensino-aprendizagem, definindo e redefinindo permanentemente a pertinência da utilização da EAD em Saúde.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública - EESP. *Projeto EAD/ SUS/BA: incorporação da modalidade de ensino a distância ao processo de educação permanente para profissionais do sistema único de saúde do Estado da Bahia*. Salvador: Sesab, 2007.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública – EESP. *Nota técnica sobre a abertura do Curso Nacional de Qualificação para Gestores do SuS I*. Salvador: Sesab/EESP, 2008.

BRASIL (Constituição 1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 fev. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão de trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98p. (Série Cadernos Técnicos – CNS).

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87-122.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, v. 9, n. 16, set./fev. 2005.

FONTOURA, M. S. *Trabalho como princípio educativo e sua relação com a implementação do SUS*. Salvador, 1996. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração Diálogo*, n. 7, p. 77-89, 2005.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. A. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington DC: OPS, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud).

KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives and Public Policies*. New York: Addison-Wesley Longman, 1995.

MATUS, C. *Política, planificación e governo*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554. 2t.

MATUS, C. *Teoría del Juego Social*. Argentina: Ediciones de La UNLA, 2007. 488 p. (Colección Planificación e Políticas Públicas).

MENDES, E. V. O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 2.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: Opas, 1988.

MOREIRA, M. A. *Aprendizagem significativa*. Brasília: Universidade de Brasília, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD – OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: la Administración Estratégica*. Washington, D.C., 1992. 160 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD – OMS. *La administración estratégica en SILOS*. Anexos: mapas políticos, red de eslabonamiento estratégico, MAAN, DOFA e Diagrama de causa y efecto. Ginebra: OPS/OMS, 1994.

PAIM, M. C. *A incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994.

PAIM, M. C.; GUIMARÃES, J. M. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 94-103, jan./mar, 2009.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.

PINTO, I. C. M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia*. 2004. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PLÁCIDO DOS SANTOS, G. C. N. *Ensino a distancia para educação profissional técnica de nível médio: uma alternativa para formação de novos sujeitos do SUS?* Salvador, 2010, 76 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Planificação e Gestão de Sistemas de Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ROVERE, M. *Redes. Seminário de Planejamento Estratégico da Rede UNIDA*. Salvador: Rede UNIDA, 1998.

SAMPAIO, V.; VELOSO, R. Sistemas de educação a distância: subsídio para a construção do modelo de gestão desta modalidade de ensino no contexto da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 86-93, jan./mar. 2009.

SANCHO, J. M. A propósito dos fatores que promovem a qualificação das escolas. In: MURILLO, F. J. *A qualificação da escola: um novo enfoque*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 73-102.

SENGE, P. *The fifth discipline: the art and the practice of the learning organization*. New York: Doubleday, 1990.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 17-70.

TEIXEIRA, C. F. et al. *O processo de formulação da política de saúde da população negra em Salvador 2005-2006. Relatório de pesquisa*. Salvador: ISC/UFBA, 2009.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Mediação de sentidos narrativos em saúde: a EAD como estratégia da política de formação permanente em Saúde no Estado da Bahia

Jane Mary de Medeiros Guimarães¹

Adroaldo de Jesus Belens²

Marcele Carneiro Paim³

Tatiana Gordilho Britto⁴

Introdução

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, substanciado pelas lutas democráticas e pela formulação do pensamento crítico na política de Saúde, teve como consequência a promulgação da Constituição de 1988, a qual concebeu a Saúde como um direito de todos e dever do Estado. Além disso, a nova constituição trouxe consigo a implantação do SUS, estruturado sob novos princípios para a organização do sistema de Saúde, tais como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. (BRASIL, 1990)

As mudanças socioeconômicas e as transformações tecnológicas no mundo contemporâneo têm estimulado o desenvolvimento da Educação permanente, no sentido de se rever, atualizar e aumentar conhecimentos e habilidades dos profissionais. Nesse contexto, desde 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a política nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), com o propósito de transformar a assistência à Saúde e a formação dos profissionais, buscando incorporar às práticas de atenção e de ensino a reflexão a problematização, o tra-

1 Doutoranda em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, bolsista da CNPq, pesquisadora do PECS/ISC.

2 Assistente Pedagógico do Curso de Instrutores Programa Nacional de Imunização do ISC/UFBA, Mestre em História pela UFBA. Professor da FTC.

3 Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (2011)

4 Mestre Ciências da Educação pela ULHT, Lisboa.

balho em equipe e a integralidade, como também promover a articulação entre os órgãos de gestão, serviços de Saúde, controle social e instituições de ensino. (BRASIL, 2004a, 2004b)

No contexto organizacional, surgem novas práticas para a qualificação dos trabalhadores que precisam responder aos constantes desafios decorrentes do rápido progresso científico e mudanças tecnológicas, ou seja, as inovações que são incorporadas nos serviços de Saúde e que levam às necessidades de Educação permanente, vez que os modelos tradicionais de ensino e de acesso à informação ficam crescentemente obsoletos. Nesse âmbito, a gestão pública busca superar os desafios do desenvolvimento pela expansão das possibilidades da Educação diante dessas inovações tecnológicas, velocidade da informação e comunicação a partir de estratégias de formação, impostas pelas permanentes mudanças sociais e tecnológicas.

No Brasil, a utilização da Educação a distância no campo da Saúde coletiva tem sido ampliada em decorrência da necessidade de formação dos trabalhadores de Saúde que atuam em regiões localizadas nos interiores dos estados.

A Educação Permanente em Saúde tem por objetivo possibilitar a mudança das práticas de Saúde a partir da análise crítica das práticas e das inovações técnicas adequadas. Para atender a demanda dessa formação para os trabalhadores em Saúde do estado da Bahia, elegeu-se como um espaço formativo o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Nesse espaço de aprendizagem colaborativa, evidenciou-se a construção de sentidos narrativos, a partir de experiências formativas apresentadas ao longo do desenvolvimento do curso de formação de mediadores de Educação Permanente em Saúde, elaborado e implementado pela Escola Estadual de Saúde Pública (Eesp), através do UNASUS/BA.

No âmbito da Saúde coletiva, a Educação em Saúde vem sendo discutida como um processo de formação ao longo da vida profissional, alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas. Destaca-se ainda a existência da concepção de que o processo educacional se dá de forma gradual e permanente. (PAIM; NUNES, 1992)

A categoria “trabalho” foi a escolhida como a centralidade do processo formativo. A análise das “narrativas” dos sujeitos que aprendem e ensinam, amparada em indicadores de avaliação, possibilitou que as atividades interativas fossem transversalizadas nas áreas de conhecimento: EAD, formação e políticas públicas de Saúde. Para discutir a categoria “trabalho”, os formandos foram desafiados a interagir com os participantes a partir de questões norteadoras dos fóruns temáticos de discussão, postados no AVA ao longo do processo formativo.

Algumas pesquisas apontam que, embora o SUS tenha ampliado o acesso da população aos serviços de Saúde e tenha conferido a essa o direito de participar das decisões políticas, os desafios são inúmeros para implementar seus princípios. Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), a persistência das práticas de Saúde influenciadas pelo desenho tecnoassistencial privatista tem sido um dos nós críticos para a incorporação da reflexão, da problematização, do trabalho em equipe e da integralidade nas práticas, na organização e na gestão dos serviços de Saúde.

Esse desenho refere-se à forma como as ações do processo saúde-doença estão organizadas (BRASIL, 2005), o que privilegia a assistência hospitalar focada no indivíduo e na cura das doenças, não priorizando as ações de prevenção e promoção à Saúde. (BRASIL, 2005) Essa perspectiva tem o indivíduo como centro, e conta com um significativo apoio econômico, por ser um modelo o qual privilegia as relações de mercado.

Visando amenizar as tensões sociais, as ações de Saúde ofertadas a partir do biomédico eram a alternativa para atingir esse propósito, ainda que essas ações não tivessem a preocupação de averiguar as causas de adoecimento, mas de recuperar e manter a força de trabalho para não interferir no progresso capitalista. (BRASIL, 2005; TOMAZI, 1986)

Tendo em vista que a EPS enfoca a problematização enquanto teoria metodológica e não técnica, utiliza-se essa perspectiva para abordar e conhecer a realidade, seja para produzir conhecimentos ou encaminhar ações. (LUCKESI, 1994) Em contrapartida, a ótica técnica-metodológica envolve a definição de procedimentos para atingir determinados objetivos. Apesar da distinção entre essas duas formas, compreende-se que a seleção de procedimentos para produzir conhecimentos ou ações não ocorre sem a influência de uma forma teórica de ver o mundo. (MENDONÇA, 2008)

Diante dessa força hegemônica na sociedade, de que maneira construir uma alternativa de formação em que seja mobilizadora de “sentidos” e capaz de promover esses princípios do SUS nas práticas em Saúde a partir da metodologia dialógica para a análise de narrativas no AVA?

Esse trabalho é resultante de uma pesquisa que teve como objeto de análise “a percepção dos mediadores no processo formativo”, explicitada nas narrativas produzidas e registradas pelos participantes do curso de formação de mediadores em Educação Permanente em Saúde, no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), na plataforma Moodle, realizado pela Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab), através do UNASUS-BA.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo apresentar os indicadores de análise de narrativas, utilizados na incorporação da EAD aos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e discutir a relevância dessa cultura para a formação de trabalhadores do SUS, no âmbito da Sesab.

Encontros e desencontros de identidades na produção de narrativas na formação permanente em Saúde na modalidade EaD

Um dos grandes desafios de planejar cursos na modalidade a distância é compreender o seu processo dialético e seu envolvimento com instâncias distintas, ligada às dimensões política e técnica.

A busca é pela utilização de métodos capazes de possibilitar aos sujeitos envolvidos nos processos formativos assumirem postura ativa frente ao conhecimento, tornando-se capazes de exercerem a autoformação em seus espaços de trabalho, além de também possibilitar o ensino inovador, num ambiente que estimule a aprendizagem crítica, colaborativa, reflexiva e efetiva visando mudanças nas práticas dos trabalhadores no âmbito da Saúde.

O processo de formação no âmbito da Saúde coletiva precisa valorizar experiências individuais e coletivas e ser capaz de formar um trabalhador capaz de se adaptar aos métodos formativos, compreender seu papel na implementação de políticas públicas de Saúde e ser corresponsável pelo seu processo de autoformação. Nesse contexto, a Educação permanente caracteriza-se pela continuidade das ações educativas, pela possibilidade de transformação do profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e, assim, pelo fortalecimento do processo de trabalho.

Segundo Macedo (2010), a palavra “sentido” nos remete a quatro ideias básicas: sensibilidade, intenção, orientação e significação. Quanto à formação, Gaston Pineau (2000) citado por Macedo (2010) concebe o “sentido” de modo mais abrangente, como parte da conjugação de duas semânticas principais: “criar, constituir, compor, conceber” por “integração, totalização, conjugação, com sentido”. Para ele, “essa conjugação dá ao termo um sentido não somente mais largo, muito mais forte, quase demiúrgico”.

Nesses termos, concebe-se a integralidade na formação do sujeito como um pressuposto de movimento. Para Gaston Pineau (2000 apud MACEDO, 2010), essa emergência concernente à formação vem no bojo do próprio movimento multirreferencial e do tratamento da multicausalidade. Nestes termos, a forma-

ção é indissociável da produção de sentidos, como perspectiva fundante da autonomização vivida nos processos formativos.

Os processos formativos de um sujeito se constituem nas relações estabelecidas ao longo da sua história de aprendizagens, que se configuram por um processo complexo, portanto sistêmico, só alcançado em termos de compreensão por um conjunto de reflexões informadas e relacionadas que possam ultrapassar a preocupação apenas com o aprendizado pautado na capacidade de se reproduzir bem ou não conhecimentos ensinados ou não. (MACEDO, 2008)

No contexto dos trabalhadores da Saúde, diante do exposto acima, a formação se realiza na sua existência enquanto um ser social que, ao transformar em experiências significativas os acontecimentos, informações e conhecimentos que o envolvem e envolvem suas relações no processo de trabalho, ao aprender com o outro, suas diferenças e identificações, é compreendida por Macedo (2010) como heteroformação porque promove transformação.

Mas também há um processo de autoformação, ou seja, o processo ocorre consigo mesmo. A formação também ocorre com as coisas, os outros seres e as instituições, entendido esse movimento como ecoformação. Para o autor, a formação é mediada,

[...] pelos saberes da experiência, pela intuição, pelos afetos, pelas suas condições sociocognitivas, culturais e institucionais, poderá emergir qualificado ao aprender a aprender, a reaprender e a desaprender com os conteúdos históricos e das realidades que o desafia, refletindo criticamente sobre a própria experiência formativa que vive (metaformação), aprendendo de forma implicada, portanto. Capaz, em termos técnicos, éticos, políticos, culturais e afetivos, de compreender, atualizar, criar, avaliar e refletir criticamente conceitos, situações e ações para as quais e nas quais foi formado. (MACEDO, 2010, p. 32)

Nesse sentido que a formação do profissional de Saúde se torna um grande desafio pela sua complexidade e a gama de experiência resultante da prática e acúmulo de saberes, mas esses são constituídos como um marco para a formação desses sujeitos atuantes no campo da Saúde. Então, buscando o sentido narrativo produzido no AVA no curso de mediadores através da modalidade EAD, pôde-se identificar ao mesmo tempo em que os sujeitos aprendiam, também

ensinavam e registravam o sentido dado ao seu processo de trabalho e a nova perspectiva de aprendizagem em que esses se viam produzindo, como autor e coautor, num campo complexo de construção de conhecimento significativo, geradores de sentido.

Dessa forma, a EaD, a formação e as políticas públicas de Saúde se constituíram na base de sustentação teórica do curso de formação de mediadores. A elaboração do material didático foi alicerçada dentro de um sólido modelo pedagógico. A estratégia de mediação compartilhada por um trio de mediadores, especialistas nessas três áreas foi adotada no processo de formação de formadores no UNASUS/BA. Assim, a atividade formadora que engloba o ato de ensinar-aprender sofre intervenções diversas que exigem escolhas estratégicas e o desafio de desempenhar diferentes papéis com o uso dos dispositivos midiáticos.

Parte-se do pressuposto de que os distintos sujeitos interagente no processo de ensino e aprendizagem em ambientes virtuais intercruzam formas de narrar a sua aprendizagem como um processo híbrido que tem como fundamento a experiência cultural, e as práticas e saberes em Saúde. E por que híbrido?

García Canclini (1990) salienta que estudar as identidades hoje, mesmo que plurais e com elementos socioculturais nos conduzem inevitavelmente ao fundamentalismo. O autor propõe refletir sobre identidades de forma a

[...] repensá-la como uma identidade multicultural que se nutre de vários repertórios, que pode ser multilíngue, nômade, transitar, deslocar-se, reproduzir-se como identidade em lugares distantes do território onde nasceu essa cultura ou essa forma identitária. (GARCÍA CANCLINI, 1997, p. 80)

Para Stuart Hall (2000), a identidade não se deixaria afetar (ou seria pouco afetada) pelos fenômenos que hoje respondem pelo caráter cada vez mais plural de nossas sociedades, como a crescente onda de migrações e de fluxos de pessoas e grupos, o dismantelamento de antigos impérios, o desenvolvimento tecnológico (permitindo o contato direto entre áreas geograficamente distantes), o ressurgimento de traços de antigos nacionalismos e suas combinações com novas formas culturais, assim como os complexos efeitos do processo de globalização.

Esses sujeitos “virtuais” em constante processo interativo manifestam as suas identidades quando narram as formas que percebem o marco teórico adotado no curso e refletem de modo problematizante os contextos e desafios propostos nos fóruns temáticos.

As narrativas e histórias das experiências valorizam e ressignificam determinadas imagens, sejam estas de mediador e estudante. Todos estes sujeitos têm suas atuações realimentadas pelas narrativas particulares correntes que perduram, se reforçam, se multiplicam e resistem até que outras narrativas contrárias às sobrepujem.

Diante do que expõe o autor, conjectura-se que no processo da análise das narrativas produzidas pelos estudantes no curso de formação de mediadores há uma produção de sentidos e manifestação híbrida de identidades que influenciam as formas de compartilhamento das experiências formativas. Complementando essa ideia, há múltiplas identidades interagindo experiências híbridas na produção de sentidos e aprendizagens significativas tendo como foco de análise as narrativas.

É nessa perspectiva que Levy (2007, p. 17) argumenta que

[...] o problema da inteligência coletiva é descobrir ou inventar um além da escrita, um além da linguagem tal que o tratamento da informação seja distribuído e coordenado por toda parte, que não seja mais o apanágio de órgãos sociais separados, mas se integre naturalmente, pelo contrário, a todas as atividades humanas, volte às mãos de cada um.

Partindo do que propõe Levy, afirma-se, então, que os sujeitos interagentes no processo de aprendizagem vão construindo o ambiente de produção de sentidos e construção coletiva do conhecimento. As narrativas postas no AVA constituem a rota dos significados que estão atrelados, para o sujeito que está lendo a postagem e para o que narra com a sua escrita. Isso leva a concluir que o ambiente virtual é um espaço de aprendizagem formado pela interatividade que se multiplica pelas formas de leitura e escrita narradas a partir dos desafios de aprendizagem problematizadora.

Freire entendeu as ações cultural e problematizadora como geradoras da consciência. Nessa direção, a organização (a ação organizada) e a consciência gerada via experiência profissional, no processo produtivo de trabalho, constituem uma mola para que os sujeitos se descubram no universo vocabular do grupo, tendo em vista que as palavras carregam sentidos existenciais (cunho emocional) como para outras experiências típicas da vida cotidiana dos estudantes,

expressam por “formas de falar particulares, palavras ligadas à experiência do grupo, especialmente à experiência profissional”. (FREIRE, 1980, p. 42)

A formação a partir da estratégia de mediação dialógica fundamenta-se nessa concepção de Freire assim explicitada: “[...] assim como não posso ser professor sem me achar capacitado para ensinar certo e bem os conteúdos de minha disciplina não posso, por outro lado, reduzir minha prática docente ao puro ensino daqueles conteúdos. (FREIRE, 1996, p. 116)

Então, a mediação em trio inaugura uma forma de sistematizar as formas de aprendizagem no AVA como geradores de experiências compartilhadas no ambiente cultural e formativo nas práticas de Saúde.

Nesse sentido, a estratégia de mediação – dialógica – para se realizar implica em mudança de postura diante dos problemas do mundo contemporâneo. Na visão de Freire (1989, p. 93), “[...] a da intimidade com eles. A da pesquisa ao invés da mera, perigosa e enfadonha repetição de trechos e de afirmações desconectadas das suas condições mesmas de vida”. Diante disso, pode-se afirmar que a estratégia de mediação em trio é também uma perspectiva de pesquisa em que o estudante tem no hibridismo das suas narrativas e identidades o objeto de pesquisa e construção de conhecimento.

É nessa perspectiva que a mediação se realiza no ambiente de Educação problematizadora, que, para Freire (1980, p. 81), “[...] estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadora”.

Fundamentando-se nisso, evidencia-se outro aspecto relevante na mediação em trio. É intervindo no ambiente da análise que os afetos e valores, percepções e intuições, como fruto das experiências do processo de trabalho, se inscrevem no âmbito das emoções, no campo do sentido, do irracional. Nessa perspectiva, o ato de conhecer é profundamente significativo, enquanto experiência humana, e é prazerosa no olhar direcionado para o sentido que se fala na escrita e curiosidade do sujeito que ensina e aprende, tendo em vista que “[...] o exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfilização do objeto ou achado de sua razão de ser”. (FREIRE, 1996, p. 98) Por isso, o sujeito, para aprender, necessita se sentir interessado em conhecer determinado objeto e identificar-se com ele. Pois é imprescindível que o objeto tenha relação com a realidade de quem está disposto a aprender.

Uma narrativa extraída de um fórum no AVA do curso revela bastante essa perspectiva, quando um estudante analisa a ação de Vivien, um personagem do filme *Quase deuses*: “[...] A vontade de aprender e de encontrar a solução para a questão em pauta, logo ele era nutrido também pela curiosidade e tinha a oportunidade de errar e a partir desse erro fazer novas reflexões buscando soluções”. (UANSUS-BA, 2011)⁵

Então, aqui fica explícito a importância da experiência e aprendizagem com a própria vivência de cada sujeito e, assim, retoma a visão freiriana na motivação para a busca do conhecimento.

Outra narrativa explicita que

É inegável que os desafios da EAD são diversos na formação permanente dos trabalhadores de saúde, não apenas pela existência da dificuldade inerente a tecnologia ou falta de habilidade para ‘navegar’ pelas ferramentas oferecidas, mas fundamentalmente pela carga horária exaustiva que os trabalhadores estão submetidos, o número de vínculos, a disponibilidade e o compromisso inerente a cada indivíduo. Podemos ainda pensar nos conceitos pré-estabelecidos sobre a Educação à Distância como ferramenta que limita as interações pessoais e não motivadora. (UNASUS-BA, 2011)⁶

O sentido dessa narrativa coloca como centralidade a formação pela interface das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e o desafio a ser superado diante das inabilidades dos trabalhadores em Saúde. Na mesma narrativa, o estudante aponta uma solução para o desafio problematizado:

Como superação aos desafios, acredito que a tecnologia deve viabilizar inovações, favorecendo a troca de conhecimentos de forma interativa e processual, levando o indivíduo a transformar a realidade, atrelando e correlacionando com as diversidades oferecidas pela experiência prática do processo de trabalho. Somos ainda convidados a pensar que a EAD oferece forma de vivenciar os processos educativos

5 Curso Piloto de Formação de Mediadores de Aprendizagem em Educação Permanente em Saúde. UNASUS-BA - Módulo 1 - Educação a Distância - Fórum temático Desafio da EAD (2011)

6 Curso Piloto de Formação de Mediadores de Aprendizagem em Educação Permanente em Saúde. UNASUS-BA - Módulo 1 - Educação a Distância - Fórum temático Desafio da EAD (2011)

que ultrapassam as estruturas institucionais de ensino tradicional, criando novos ambientes de aprendizagem, transformando as relações presenciais e tradicionais de transmissão do conhecimento do e pelo professor, convidado o sujeito a ser autor e construtor do saber. (UNASUS-BA, 2011)

Observe que essa narrativa constrói uma possibilidade de a EAD ser um instrumento de formação e aponta o sujeito como autor e coautor no processo de produção de sua narrativa. É fundamental explicitar que a formação tem algumas diretrizes norteadoras: abre espaço para experiência de cada sujeito, desloca o foco do saber no professor para um processo relacional aprender-formando, formando-aprendendo. Segundo, todo aprendizado surge de um processo contínuo posto pelo contexto de cada estudante.

No entanto, a função do mediador no processo de aprendizagem, em ambientes virtuais, precisa compreender a importância de acompanhar, orientar, instigar, problematizar os sujeitos para perceberem a mudança de prática. Para isso, é indispensável que eles se comprometam com a função e que valorizem os conhecimentos trazidos nas relações mantidas no processo de trabalho.

Metodologia

Foi realizado um estudo exploratório, qualitativo, buscando analisar a experiência do curso de formação de mediadores de aprendizagem em Educação Permanente em Saúde. A experiência apostou na mediação em trio que buscou, inclusive, alcançar a interdisciplinaridade no processo mediativo. Cumpre ressaltar que os mediadores de cada área – EaD, formação e política de Saúde – consistiam em sujeitos com *expertise* na área específica de conhecimento ao qual foram responsáveis pela condução do processo no decorrer do curso.

O ambiente virtual de aprendizagem foi utilizado como material empírico, do qual foram extraídas categorias de análise, ou seja, os indicadores de avaliação, os quais foram amparados no referencial teórico da EPS, especialmente na questão do trabalho como princípio educativo. Desse modo, essas categorias foram comparadas com as expectativas acerca do trabalho dos mediadores contidas na política de EPS da Bahia e no projeto político pedagógico do curso e nas narrativas produzidas ao longo da implementação do curso.

No curso, a avaliação dos participantes foi compreendida como processual, com ênfase nos aspectos colaborativos apresentados ao longo do curso, ou seja, na interatividade dos fóruns temáticos e na construção do *blog*. Nessa perspecti-

va, a avaliação foi utilizada como instrumento de *feedback* e teve como finalidade promover estratégias que permitissem aos estudantes uma progressiva independência e controle sobre seu processo de aprendizagem.

Diante desse contexto, a opção pela análise das narrativas dos participantes – mediadores e estudantes – se constituiu em um instrumento de aprendizagem, balizada no referencial teórico e nos conceitos interrelacionados nas construções intermodular, transversalizando conhecimentos e experiências do processo de trabalho. Entre os indicadores utilizados na análise dessas narrativas destacam-se: apresentação conceitos, noção de conceitos, produção de conceitos, problematização de conceitos, desconstrução de conceitos, indicação de leitura e síntese.

Resultados

A aprendizagem triológica: os desafios da aprendizagem formativa

Amparado no conceito etimológico da palavra “mediar”, esta indica e referencia-se no sentido de dividir ao meio, mear, tratar ou discutir como mediador, estar no meio, distar igualmente. Essas adjetivações propostas remetem à divisão de responsabilidades a partir de um processo interativo.

No caso específico da formação, pode-se defini-lo como um processo de responsabilidade mútua na construção de autoria e necessariamente a autonomização dos sujeitos envolvidos ao longo do processo formativo. Reforçando o conceito etimológico, a centralidade é a interatividade, ou seja, corresponsabilização entre os envolvidos no processo formativo: mediadores e formando.

A mediação em trio por área de conhecimento exige a presencialidade do mediador de aprendizagem para garantir a interatividade no ambiente virtual entre os participantes, capaz de envolver os estudantes no processo formativo. Ou seja, mesmo considerando a distância, a separação física dos participantes do curso, estudantes e mediadores de aprendizagem, não exclui o contado direto dos estudantes entre si ou do estudante com alguém que possa apoiá-lo no processo de aprendizagem. Esse tipo de contato direto é denominado de presencialidade.

Essa tecnologia de mediar, apesar de inovadora, não pode ser confundida por modismo, tampouco como “invenção da roda”, e sim como um instrumento de mediação que retira do sujeito que aprende e do mediador o centro da produção do saber para a centralidade da aprendizagem. Trata-se de um compartilhamento constante de saberes, ideias e possibilidades de troca.

O que muda na mediação em trio? Primeiramente, o modelo de mediar, antes concentrado na autoridade do saber, passou para o compartilhamento de saberes e experiências formativas e autoformativas entre os pares. Segundo, a possibilidade de reconstruir um olhar em que integra diferentes saberes, áreas e sujeitos num processo contínuo de interdisciplinarização. Um terceiro elemento é a estratégia do consenso de experiências formativas e autoformativas, em que se explícita afirmando, desconstruindo, problematizando conceitos como um meio de construção de saberes integrados. Incessantemente, os mediadores e formandos são instigados a reverem-se nos seus construtos e compartilhamentos coletivos de conhecimentos. A inovação dessa metodologia referencia-se por sujeitos que partem de caminhos distintos em busca de encontrarem o ponto de convergência a partir de temas problematizados.

Os fóruns temáticos foram construídos para o curso como uma possibilidade de interação social, de proximidade entre mediador e estudante, embora houvesse alguns estudantes se posicionando contra este dispositivo pedagógico, fato decorrente da falta de domínio de sua utilização no ambiente virtual, mostra-se muito necessário no processo da mediação.

Aportando-se dos conceitos de heteroformação, autoformação e ecoformação, entre outros, articulando-os ao processo de trabalho em Saúde e a diversidade de informações, a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, tornam-se desafios postos no processo formativo, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social.

Experiência do sujeito que narra e se reconhece no que narra como processo formativo

A aprendizagem que se analisa a partir da mediação em trio foca o sentido do que se fala pela escrita e cocria a partir do que se narra. Uma das perspectivas dessa análise de narrativa e mediação é conduzir o estudante a uma forma de aprendizagem em que prevalece a autonomia. O que se narra deve-se focar a realidade em que os sujeitos se identificam e compartilham no processo de interatividade no AVA.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e Campos (1997) entendem o trabalho em Saúde articulado com as relações interpessoais, as quais são estabelecidas a cada instante, seja com o usuário do serviço, seja entre os profissionais. Exi-

mir-se de reconhecer essas relações e a subjetividade dos sujeitos, as quais são essenciais no trabalho em Saúde, resulta em diversas complicações, entre elas a substituição do sujeito pela máquina. (BRASIL, 2005)

Para Merhy (1997, p. 71-72), o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em Saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”.

O curso de mediadores em Educação Permanente em Saúde buscou fortalecer a Saúde coletiva, configurando-se na reflexão da prática como estratégias de promoção da formação permanente a partir das experiências trazidas pelos estudantes no ambiente virtual. Aprender a compartilhar conhecimento e ressignificar o legado cultural trazido na história de vida de cada profissional de Saúde participantes do curso abriu um importante viés para a problematização da dicotomia construída entre a Educação na modalidade presencial e a distância.

Esse termo, embora se configure culturalmente como ausência de interação social entre sujeitos que compartilham os mesmos valores, projetos, gostos, entre outros elementos edificadores de vínculos social e interpessoal, quando se trata de EaD, necessariamente rompe com essa noção conceitual.

Entretanto, essa possibilidade promove a superação desta “distancialidade” quando se fortalece a “presencialidade”, concebida como estratégia de interatividade e aprendizagem significativa e formativa. Dessa forma, algo somente se torna significativo no AVA quando o sujeito é tocado a partir do diálogo e compartilhamento na mediação da aprendizagem de no processo formativo.

A mediação de aprendizagem reorientou a prática de aprender e ensinar. Colocou como centralidade a aprendizagem como um ato que é próprio de cada estudante. Essa perspectiva teórica concebe o “[...] aprender em espaços onde se elege um conhecimento relativamente sistematizado como formativo”. (MACEDO, 2010)

O papel da mediação de aprendizagem, diante do exposto, implica no abrir mão do controle do saber para conduzir a processos formativos capazes de contribuir para construção da autonomia dos sujeitos na seleção e compreensão do conhecimento como constituinte da “formação significativa”. Mediar constitui-se na ação para identificar as diferentes aprendizagens e intencionalidades dos sujeitos num contexto social, cultural, político, psicológico, existencial, entre outros.

Aquilo que para Josso (2002, p. 184) representa uma descoberta de novos meios de pensar e de fazer diferente “é partir à procura do que poderá ser este ‘diferente’”. Então, mediar estaria relacionado à pesquisa, ou seja, mediar como ato de pesquisa e compreensão do sentido de viver no mundo, com e para ele, como ato de autotransformação e autoformação significativa. Essa assertiva vai ser corroborada com a ideia de Josso (2002, p. 184):

É por isso que me arriscaria a dizer que o acto de aprender transformado em ‘acto de investigação’ poderia permitir aos aprendentes desenvolver a sua criatividade, as suas habilidades, a sua capacidade de avaliação (auto-avaliação e co-avaliação, valor extraído e atribuído a), a sua capacidade de comunicação e de negociação [...].

O ato da investigação pode propiciar o desenvolvimento de aprendizagem criativa, das habilidades e da capacidade de avaliação. Essa é uma perspectiva de aprendizagem formativa, vez que leva a autonomia do sujeito naquilo que se aprende e ensina nas suas relações sociais e culturais.

Entretanto, mediar o módulo de formação no curso de formação de tutores em Educação Permanente em Saúde teve como perspectiva identificar a forma que os sujeitos que aprendem construíam a sua narrativa a partir dos desafios postos e da referência teórica. Observou-se a construção de um ambiente de autonomização e responsabilização como um dos princípios éticos fundantes da qualificação formativa.

A autonomia desses estudantes evidenciava que quando as suas “falas” e percepções eram evidenciadas e problematizadas, esses se viam na sua própria construção intelectual. Quando confrontada a leitura teórica, esses também avaliavam o seu contexto assim como autoavaliavam a sua transformação com essa aprendizagem. Desta forma, segundo Macedo (2011), “aprender significa, também, entrar numa dinâmica relacional, apropriar-se de uma forma intersubjetiva, construir de forma autoreflexiva, uma imagem de si”.

As narrativas foram postadas no fórum do AVA do EADSUS, lugar em que os sujeitos manifestaram as suas experiências formativas. Numa fala de um participante do curso, surge um conceito de aprendizagem,

[...] acerca da necessidade do desenvolvimento de uma relação entre mediador e estudante pautada na percepção do

outro como sujeito que possui limites e possibilidades, possui saberes prévios construídos em outros espaços, que está inserido em um contexto social específico. Que esta relação, permita ao estudante expressar suas experiências na certeza de que será acolhido de forma respeitosa, o que poderá favorecer o desenvolvimento da autonomia do estudante no processo ensino aprendizagem [...]. (UNASUS-BA, 2011)

Em todo o discurso há um viés intersubjetivo e, como mediador, temos que compreender as intencionalidades dos sujeitos e as suas diferenças culturais, afetivas etc. Em cada um destes aspectos o sujeito desenvolve uma forma de olhar e de aprender, ou seja, aprendizagem na qual as experiências são partes do processo formativo. É no partilhamento de saberes que construímos e formulamos os nossos mapas conceituais guiadores da reflexão do sujeito que aprende, mesmo que a não seja de modo igual.

A sua reflexão problematizadora torna-se um viés para já aqui perceber que já somos “outros”, pois pensamos a alteridade como viés de uma aprendizagem colaborativa.

Interessante como nessa fala há articulação com a perspectiva teórica de Macedo (2011), quando esse afirma que “[...] a aprendizagem é um dos fatores fundamentais da formação, mas a formação não se reduz ao processo de aprendizagem simplesmente”. É nesse sentido que o “participante” no AVA sinaliza que a aprendizagem está também relacionada com a formação que cada sujeito que aprende traz no seu legado histórico.

Isso pode ser corroborado por Bézille (2002, p. 111), ao afirmar que “[...] a autoformação funda a possibilidade de uma educação permanente, profundamente reflexiva, com ou sem a ajuda pedagógica de uma instituição”.

Diante do exposto, entendemos que mediar aprendizagem implica num processo relacional na qual a experiência pessoal, social, cultural e existencial que cada sujeito manifesta serve como o ingrediente fundamental da aprendizagem.

Nessa perspectiva, o curso de formação de mediadores de aprendizagem em Educação Permanente em Saúde se traduziu nos sujeitos que aprendem como um espaço de formação e socialização da autoformação, utilizando as palavras de Josso (2002), foi à procura do “diferente”, como um processo de aprendizagem coletiva e colaborativa. É nesse sentido que Humberto Maturana (1995) dissemina a ideia de que aprender não é a aquisição de algo que está lá. É, por outro lado, uma transformação em coexistência com alguém.

Ninguém aprende sozinho senão em relação. E como essa aprendizagem se realiza na modalidade a distância?

A presencialidade é uma forma de mudança cultural no contexto do aprender e ensinar. É na presencialidade que os estudantes do curso se sentiam acolhidos e estimulados a intervir e manifestar a sua percepção das questões trazidas no AVA. Dentre as competências a serem desenvolvidas, conceituar e interpretar implicavam em vincular a aprendizagem com sentido às características e dinâmicas da formação.

Um participante do curso observa que

[...] um dos desafios para o mediador, pois esse deve estar preparado para aceitar as reações, o modo de ser daqueles com quem está dialogando, sem prejulgamento ou condenações criando uma interação afetiva, para que essa se torne uma fonte estimuladora da cognição e da aprendizagem. (UNASUS-BA, 2011)

A partir do exposto, observa-se que o participante apresenta como desafio na mediação estar preparado para as “reações”, o “modo de ser” dos sujeitos sem “prejulgamentos ou condenações”, colocando o diálogo como processo de interatividade afetiva e como fonte estimuladora da cognição e da aprendizagem.

Por outro lado, a afetividade se apresenta como uma estratégia que é relacionada com a interatividade na EAD, quando afirma:

[...] acredito que a afetividade deva ser o fio condutor nas abordagens de um curso em EAD, pois ela estimula as relações harmoniosas favorece uma convivência educativa e plenificadora, ou seja, gera confiança entre os aprendentes para que possam expor suas opiniões sem receios. (UNASUS-BA, 2011)

Nessa fala fica evidente que a afetividade é um fio condutor nas abordagens de cursos na modalidade EAD. Ressalta ainda que estimula as relações harmoniosas: gera uma confiança no estudante capaz de manifestar as suas opiniões sem receios. A afetividade é um dos aspectos primordiais no estabelecimento dos vínculos sociais, interpessoais, religiosos etc.

Entretanto, a aprendizagem na modalidade EAD como processo de formação que transgride o mero aparente superficial amplia as possibilidades de cons-

trução colaborativa do conhecimento. Valoriza a experiência formativa do estudante e as suas formas de interpretar o universo dos conceitos articulando-os ao construto teórico da formação significativa e cultural.

Uma narrativa muito interessante fortalece esse viés:

A aprendizagem é um fenômeno ‘relacional’, a aprendizagem não é ‘egológica’, nós aprendemos com nós mesmos e com o outro. [...] a ‘metaformação’, que é o direito de pensar a sua formação, a garantia de poder construir o seu futuro, escolher a sua carreira etc. (UNASUS-BAHIA, 2011)

Indubitavelmente, quando construímos um olhar sobre a formação e a metaformação, nos é exigido uma mudança de paradigma no aprender. Tudo que é “meta” vai além do “aqui e agora”, poi exige “um tempo” para a compreensão do “outro” (no sentido do *alter*), na sua diversidade e multiplicidade de opções no contexto. Na formação, a relação sujeito-objeto, em vista de que esta implica uma relação de unilateralidade, muda de perspectiva: o objeto na condição de agente, influencia a consciência da relação que transforma. É como se essa relação fosse entre sujeito-sujeito. Nessa relação, sujeito-objeto e sujeito-sujeito, há mudança de paradigma do sujeito que aprende.

Então, quando nos transformamos, reconceituamos todo processo do aprender. Desconstruímos a ideia de autoridade única do saber para pensar a produção de conhecimento a partir da aprendizagem colaborativa.

Nesse sentido que afirmo “interpretar os fenômenos que nos aparece e decidir os caminhos mais adequados frente aos nossos objetivos”. Por que isso?

Por entender que a “autonomia” no processo do aprender depende de mudança de visão, de paradigma da relação do “aprender”: formar/aprendendo aprender/formando, mas também autoformando. Acredita-se que a formação permanente pode contribuir para a resolutividade de problemas de Saúde que perpassam pelo acesso até qualidade do atendimento prestado, o que podem comprometer o modelo de atenção proposto.

Considerações finais

O estudo conduziu-nos a reflexões acerca da importância da incorporação da Educação a distância aos processos de Educação Permanente em Saúde na formação dos trabalhadores de Saúde que compreenda a aprendizagem como um processo que perpassa por toda sua vida. Um profissional

que, segundo as exigências da Educação para o Século XXI, saiba “aprender a aprender”, “aprender a fazer”, “aprender a ser” e “aprender a conviver”, e que, assim, possa participar das constantes transformações da sociedade e se adaptar a elas. (DELORS, 2000)

Diante do conjunto de transformações de várias ordens impostas no bojo das transformações decorrentes do fenômeno da globalização e a chegada das infovias, as tecnologias educativas parecem apontar para uma redefinição do papel da formação dos trabalhadores.

A criação do SUS proporcionou mudanças nas práticas de Saúde. Para atender essas mudanças foi necessário investir na formação e no desenvolvimento dos profissionais da Saúde. Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde deve ser compreendida como aprendizagem para o trabalho que ocorre no cotidiano dos trabalhadores e das organizações.

A incorporação da EAD aos processos de Educação Permanente em Saúde de trabalhadores do SUS constituiu um grande desafio para a Eesp/UNASUS-BA, ao possibilitar a formação de formadores na modalidade a distância, através da internet. Apesar dos limites ainda existentes, das dificuldades de acesso às tecnologias da comunicação e informação, da dificuldade em utilizar os dispositivos pedagógicos que compõem os ambientes virtuais, da dificuldade de organização do tempo para desenvolver as atividades propostas pelos cursos, entre outras, acredita-se que a modalidade a distância é uma estratégia para a qualificação de trabalhadores do SUS, considerando-se como elemento diferencial a possibilidade de formação e qualificação de profissionais da Saúde que estão no exercício de suas funções e distantes dos grandes centros formadores do país.

Portanto, trata-se de um importante instrumento de democratização do acesso à formação, especialmente quando se entende que a rede de computadores conectados à internet pode constituir-se em um espaço privilegiado de acesso, busca e compartilhamento de informações e conhecimentos, com base nas necessidades e disponibilidade dos diversos indivíduos.

Acredita-se que a Educação a distância como modalidade de ensino e aprendizagem é uma nova estratégia para área de Saúde, na formação permanente dos trabalhadores dessa área. Essa modalidade, ao se utilizar de uma multiplicidade de recursos pedagógicos, facilita a troca de saberes e compartilhamento de práticas no ambiente virtual. Um espaço de construção do conhecimento possibilitado pelo diálogo, valorização das relações interpessoais, troca de ideias contextualizadas, que possibilitem novas formas de pensar o saber e o fazer.

A escolha do ambiente virtual como espaço formativo, caracterizado pela simulação que, na verdade, é apenas uma das possibilidades do exercício real, adquiriu uma dimensão imaterial e remete-nos a um ambiente que define uma nova dimensão da sociedade em rede.

O curso contribuiu na reflexão dos problemas enfrentados pela escolha do método, a ter uma visão mais ampla sobre a importância da formação permanente e também das questões sociais discutidas no ambiente virtual. Isso significa, de modo essencial, que mudanças significativas na forma de cuidar, tratar e acompanhar a Saúde dos brasileiros depende do envolvimento dos profissionais de Saúde, cuja formação, por vezes, encontra-se em descompasso com os princípios e diretrizes do SUS.

Referências

BÉZILLE, H. Critique e autoformation: quelques repères historiques. *Pratique de Formation-Analyses*, n. 43, p. 101-113, mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os curso de graduação da área da saúde*. Brasília, 2004a.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos da educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. Tradução de Kátia de Mello e Silva. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. Tradução de Moacir Gadotti e Lilliam Lopes Martim. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. *Por uma pedagogia da pergunta*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

GARCÍA CANCLINI, Néstor. *Cultura y comunicación: entre lo global y lo local*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 1997.

GARCÍA CANCLINI, Nestor. *Culturas híbridas*. México: Grijalbo, 1990.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

JOSSO, M.-C. *Experiências de vida e formação*. Tradução de José Cláudio e Júlia Ferreira. Lisboa: Educa, 2002.

LÉVY, Pierre. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2007. 212 p.

LUCKESI, C. C. *Filosofia da educação*. São Paulo: Cortez, 1994.

MACEDO, R. S. *Atos de currículo, formação em ato?* Ilhéus: Editora da Universidade de Santa Cruz, 2011.

MACEDO, R. S. *Compreender e mediar a formação: o fundante da educação*. Brasília: Liber Livro, 2010.

MACEDO, R. S. *Currículo: campo, conceito e pesquisa*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MATURANA, H. Varela, F. *A árvore do conhecimento*. São Paulo: PSY, 1995.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. *Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores*. Londrina, Paraná: Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud. *Salud Colectiva*, v. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E. E. *Salud: cartografia do trabalho vivo*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.

PAIM, M. C. et al. *Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia*. Salvador: ABED, 2009. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1552009163532.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

PINEAU, G. Autoformação no decurso da vida: entre a hétero e a ecoformação. In: NÓVOA, A.; FINGER, M. (Org.). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: MS/DRHS/CFAP, 1988. p. 63-77.

PINEAU, Gaston. *Temporalités en formation, vers de nouveaux synchroniseurs*. Paris: Anthropos, 2000.

TOMAZI, Z. T. *Saúde e estado brasileiro*. São Paulo: Global, 1986.

Educação a Distância (EaD) na formação técnica de nível médio para o SUS – limites e possibilidades

Geisa Cristina Nogueira Plácido dos Santos¹

Maria Lígia Rangel Santos²

Introdução

A necessidade de formar em larga escala os trabalhadores da Saúde, utilizando a Educação a distância (EaD), coloca as escolas técnicas do SUS diante de um grande desafio metodológico para manter a qualidade dos seus processos educativos embasados na Educação permanente, mesmo estando aluno-professor em muitos momentos geograficamente distantes.

Para tanto, é preciso, por um lado, proporcionar situações de aprendizagem favoráveis durante o processo formativo que criem condições para que os envolvidos se sintam valorizados e possibilitem que eles construam a sua criticidade, enquanto cidadãos, trabalhadores do SUS. Por outro lado, a demanda crescente por qualificação desses trabalhadores exige a formação em larga escala que, por sua vez, atualiza seus recursos para alcançar capilaridade, através da modalidade educacional a distância.

Por isso, atualmente a EaD vem sendo cada vez mais incorporada à educação profissional técnica de nível médio em Saúde, na perspectiva de expansão da oferta de cursos às regiões distantes das instituições de ensino técnico e periferia das grandes cidades brasileiras (BRASIL, 2007, 2008), considerando-a como uma estratégia potencialmente capaz de formar trabalhadores competentes nas suas áreas de atuação.

¹ Dentista sanitaria, mestrado profissional em Saúde coletiva pelo ISC/UFBA. Servidora pública, lotada na Escola de Formação Técnica em Saúde – EFTS, ETSUS-BA, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, onde atua como assessora técnica.

² Médica sanitaria, doutora em Saúde pública pela UFBA. Estudos nas áreas de Comunicação e Educação em Saúde, Políticas de Saúde, e Risco nas Ciências Sociais e Saúde. Atividades de ensino na graduação e pós-graduação no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.

São muitos os investimentos feitos no intuito de qualificar as ações desses profissionais para a reorientação das suas práticas, na perspectiva da melhoria da atenção à Saúde da população brasileira.

Entretanto, destaca-se que, assim como na modalidade presencial dos cursos de Educação profissional técnica para o SUS, a modalidade a distância deve estar pautada em estratégias pedagógicas e comunicacionais que tomem o trabalho em Saúde como referência problematizadora das ações educativas, possibilitando a análise crítica das condições em que opera, estimulando ações transformadoras nas práticas e na organização do cuidado.

Cabe ressaltar, também, que o trabalho em Saúde, enquanto ações individuais e coletivas integradas de atenção à Saúde, tem o dever de acautelar riscos, o que implica em promover, prevenir e recuperar a Saúde. Trata-se de exercitar, nesse cotidiano, os princípios construídos pela Reforma Sanitária brasileira. (RAMOS, 2002; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996)

Até o momento, a Educação a distância para o SUS, na Bahia, vem sendo utilizada em alguns cursos de qualificação de trabalhadores de nível superior e médio do SUS, em turmas mistas desses níveis de escolaridade, particularmente nas áreas de gestão. Já para a habilitação técnica, na área de Enfermagem e na área de Saúde bucal, que exige maior carga horária para diplomação, o uso dessa modalidade será uma experiência pioneira, no estado.

Considerando as especificidades da formação desses técnicos, e considerando o desconhecimento das possibilidades da EaD para contribuir nesse processo, torna-se imprescindível debruçar-se sobre o tema EaD e a formação técnica em Saúde, para a análise de seu potencial e dos seus limites.

A despeito da importância dessa temática, ao consultar as bases de dados bibliográficos não foram encontrados estudos que a abordassem, no que tange a modalidade a distância na formação técnica de nível médio, nas áreas de Enfermagem e Saúde bucal.

Diante dessa lacuna, este estudo ganha relevância, pois poderá contribuir para identificar elementos da literatura existente sobre EaD que possam colaborar na formulação de processos educativos que permitam fazer dialogar a modalidade presencial com a modalidade a distância, bem como para o posterior planejamento de estratégias utilizadas no projeto de intervenção e propostas de avaliação, indicando elementos pedagógicos para os cursos na modalidade a distância a serem desenvolvidos na Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS), resguardando-se de outros que reproduzam modelos indesejados.

Este estudo se propôs a analisar os limites e possibilidades da modalidade EaD para subsidiar a formação profissional técnica dos trabalhadores do SUS. Mais especificamente, analisar os limites e possibilidades tecnológicas, comunicacionais, pedagógicas e políticas.

Metodologia

Reconhecendo que a metodologia não é apenas um conjunto de procedimentos metodológicos, mas deve refletir o posicionamento epistemológico do pesquisador, o desafio metodológico desse estudo consistiu em reunir e analisar a literatura especializada sobre a formação técnica de nível médio para o SUS e dialogar com a literatura sobre Educação a distância. Nesse sentido, o papel do pesquisador/observador do projeto aqui apresentado foi de agregar as experiências e literaturas da formação técnica em Saúde, na busca da interlocução com esses autores, procurando explicar os fenômenos relativos ao tema abordado, Educação a distância.

Buscou-se interpretar as experiências narradas e suas explicações, ao mesmo tempo conversando com a bibliografia da formação técnica de nível médio em Saúde e das experiências educacionais já vivenciadas na EFTS e suas perspectivas relativas à Educação à distância para esses trabalhadores.

Foram visitadas revistas eletrônicas, periódicos e resumos do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), ISI Knowledge, artigos e periódicos do site da Associação Brasileira de Educação a Distância (Abed)³, ambientes virtuais de aprendizagem (Ava), o Moodle. Além desses, a autora vivenciou o Curso de Formação de Formadores para Docência Online de e-TEC,⁴ para compreender os diferentes elementos que compõem a modalidade EaD e conhecer as estratégias pedagógicas nela utilizadas que possam comunicar com as da formação técnica para o SUS, em busca do que seria possível objetivar dessa literatura científica.

Assim como no hipertexto, a autora desta pesquisa se posiciona como sujeito ativo, diante do texto, produzido por vários outros sujeitos-autores, interpretando-o e modificando-o. O campo de pesquisa foi a própria literatura científica, explorando-se as relações da Educação no e para o trabalho.

3 <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>; <<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>>; <portal.isiknowledge.com>; <<http://www2.abed.org.br>>

4 Curso de Formação de Formadores para a Docência On-line do e-TEC, desenvolvido no ano de 2009 e ofertado uma única vez.

Ao interagir com esses conhecimentos, foram selecionados elementos que possuísem significados de interesse para a pesquisa em questão, no intuito de intervir na mensagem dos autores, então interlocutores, produzindo-se novos conhecimentos que sirvam para a prática da Educação profissional técnica de nível médio em Saúde das escolas técnicas do SUS (ETSUS).

Para tanto, optou-se por realizar uma busca nas bases bibliográficas eletrônicas à procura de pesquisas que abordassem os processos e efeitos da Educação a distancia na formação de nível médio em Saúde para as áreas de Enfermagem e Saúde bucal, a partir dos descritores: “educação a distância”, “educação permanente em saúde”, “formação técnica de nível médio em saúde”.

Foram encontradas na Biblioteca Virtual em Saúde (SCIELO, LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane) e Portal Capes 202 (duzentos e dois) e 42 (quarenta e dois) artigos de publicações entre 2003 e 2009, respectivamente. Dentre eles, apenas 4 foram selecionados por abordarem temáticas afins, mas nenhum se referiu à formação de nível médio na área de Enfermagem, nem de Saúde bucal. Ao buscar os estudos no portal ISI Knowledge, não foram encontrados artigos, entretanto, ao inserir a busca com o descritor “e-learning” foram identificados trinta e dois trabalhos, entre eles, publicações do *Journal Of The American Geriatrics Society: Bulletin of The World Health Organization*, e do *Anz Journal of Surgery*, dentre outros, no período de 2002 a 2009. Porém, as abordagens e-learning se referem a cursos pontuais e de curta duração, sem relevância para essa pesquisa, portanto foram descartados. Já no site da Abed, setenta e oito artigos foram encontrados, sendo selecionados 3 por referenciarem abordagem pedagógica semelhante à escolhida para a formação técnica em Saúde no SUS-BA.

A escassez de literatura sobre o tema indicou a necessidade de revisão de literatura de EaD a procura de referenciais teóricos que convergissem para as referências da Educação permanente em Saúde, em particular a formação para o SUS. Identificados esses interlocutores/autores, construiu-se um quadro de referência, no intuito de elaborar combinações teóricas que pudessem contribuir para a formação técnica de nível médio em Saúde.

Em seguida, foi desenvolvido um quadro de análise dos limites e possibilidades da Educação à distância para a formação técnica em Saúde.

Educação permanente e a formação técnica em Saúde

A Educação permanente em Saúde, enquanto política, define o trabalho como local privilegiado de aprendizagem. Nesta, o aprender e o ensinar se in-

corporam ao cotidiano do trabalho e das organizações, baseando-se na aprendizagem significativa⁵ e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

No trabalho em Saúde, o momento em que as práticas de Saúde se concretizam é também a realização do conhecimento científico e de suas tecnologias, representando simultaneamente o momento social último, da política e do planejamento, em que as relações se estabelecem, relação “profissional-paciente”,⁶ “serviço-usuário”, sendo “[...] a dimensão mais concreta e específica de suas realizações na vida social”. (SCHRAIBER, 1996, p. 28, 30)

Nessa perspectiva, o currículo integrado dos cursos presenciais das escolas do SUS procura estimular “[...] o abandono da concepção do aluno-receptor de informações, em benefício da concepção aluno-construtor de seu conhecimento, a partir da reflexão e indagação sobre sua própria prática e em função da mesma”. (DAVINI, 1994b, p. 41) Por essas razões, as atividades curriculares da ET-SUS-BA buscam organizar-se de forma integrada, articulando dinamicamente trabalho e Educação, prática e teoria, serviço e comunidade, considerando a própria realidade local como referência problematizadora das ações educativas, na tentativa de possibilitar a análise crítica das condições de trabalho, procurando estimular ações transformadoras nas práticas e na organização dos serviços, pautadas nas leis orgânicas do SUS e seus princípios e diretrizes preconizados (Quadro 1).

Quadro 1 – Formação Técnica para o SUS no contexto da Educação Permanente em Saúde

Trabalho em Saúde e suas práticas	PEPS			Políticas públicas
Realização do conhecimento científico e de suas tecnologias/relações sociais (SCHRAIBER, 1995)	Trabalho: local privilegiado de aprendizagem (BRASIL, 2007)	→	Transformação das práticas profissionais	Resultados: o que fazer se o esperado não se concretiza? (FLEURY; ASSIS, 2008)
↕				
Formação técnica de nível médio do SUS Procura estimular “o abandono da concepção do aluno-receptor de informações, em benefício da concepção aluno-construtor de seu conhecimento, a partir da reflexão e indagação sobre sua própria prática e em função da mesma”. (DAVINI, 1994, p. 41)				

5 A aprendizagem significativa está no sentido que o educando encontra nos conhecimentos curriculares e na sua participação na construção do conhecimento. (AUSUBEL, 2002)

6 A autora referenciada utiliza o termo “médico-paciente”, aqui substituído por “profissional-paciente”, compreendendo-se como relação profissional da saúde-paciente.

Na perspectiva da Educação como relação social, igualitária e dialogal para construção do conhecimento (FREIRE, 1996), Boufleuer (2001, p. 27) explica que os processos educativos estão relacionados com componentes simbólicos do mundo da vida: a cultura, a sociedade e a personalidade, nos quais a linguagem voltada ao entendimento é “condição a priori de possibilidade da própria experiência educativa”.

A relação dialogal necessária à prática pedagógica problematizadora (FREIRE, 1996) demanda o agir comunicativo (HABERMAS, 1990) e o entrelaçamento do languagear com o emocionar (MATURANA, 1998), envolvendo a dimensão afetiva, percebida nos argumentos de Boufleuer e Maturana.

Em síntese, a ação pedagógica fundamentada na ação comunicativa considera a condição humana de domínios explicativos distintos, portanto, pode vir a ser potencialmente capaz de levar a interação entre os sujeitos envolvidos no cotidiano do trabalho em Saúde por procurarem respeitar as diferentes formas de explicação dos fenômenos. Nessa perspectiva, faz-se necessário conhecer os domínios explicativos que os autores da modalidade educacional a distância nararam a partir das suas experiências, e é desse tema que trata o próximo item.

Educação a distância (EaD): diálogo e interatividade

A EaD, em seu período inicial, trouxe fortes características dos princípios fordistas de organização do trabalho: racionalização, divisão acentuada do trabalho, alto controle do processo de trabalho e produção em massa de “pacotes educacionais”, burocratização, concentração e centralização da produção. (PETERS, 1983, 1989; BELLONI, 2003) Entretanto, a partir da década de 1980, esse modelo foi tensionado por uma proposta de Educação mais aberta e flexível, mais tarde chamada de Aprendizagem Aberta (AA), supostamente mais adequada às exigências sociais. (BELLONI, 2003; STEVENS, 1996)

Isto ocorreu para atender às novas demandas ligadas ao ambiente de trabalho, que passou a exigir um trabalhador mais informado e mais autônomo, frente à necessidade de incorporar novas tecnologias aos processos de trabalho. (BELLONI, 2003)

Assim, o perfil da sociedade na “era da informação”, a “sociedade em rede”, emerge atrelada às inovações da tecnologia de informática e de telecomunicação (CASTELLS, 1999), em particular o uso da rede mundial de computadores – internet, como um meio capaz de promover a interação a distância entre os participantes dessa rede. Mas, a princípio, ainda com a visão de comunicação em massa, unidirecional.

Na comunicação unidirecional, ou seja, comunicação de um para todos,⁷ a mensagem é fechada, imutável, linear, sequencial, a exemplo das páginas estáticas da internet e as “verdades sagradas da TV transmitidas às nossas casas”. (WETTREICH, 1998 apud SILVA, 2002)

Lévy (1999) argumenta que a comunicação do tipo dialógica e interativa, de modelo todos-todos, compõe uma inteligência coletiva.⁸ Essa comunicação reside menos na conexão física (internet), necessária, mas não suficiente para participação desse processo, do que no tipo de utilização adotado: se passivo e unidirecional, ou dialógico e interativo, se emancipador, ou criador de novas dependências.

Com a cibercultura,⁹ isto é, com o conjunto de técnicas, práticas, valores, pensamentos e atitudes que se desenvolvem no ciberespaço,¹⁰ a modalidade comunicacional vem se modificando de unidirecional (um-todos) para uma modalidade comunicacional interativa (todos-todos), na qual a mensagem é passível de modificações e está em constante mutação, na medida em que responde às solicitações daquele que a manipula.

Cada vez se produz mais informação *on-line* socialmente compartilhada, constituindo-se na sociedade como uma rede capilar e, ao mesmo tempo, como infraestrutura básica. “A educação *on-line* ganha adesão, nesse contexto, garantindo aprendizagem na flexibilidade e na interatividade próprias da internet”. (SILVA, 2008 p. 2)

7 Para Lévy (1999), os modelos comunicacionais um-um, um-todos, todos-todos são uma interligação planetária, isto é, na interligação de um para cada um, de um para todos e todos para todos que se dá porque o planeta está interligado pelas tecnologias da informação, especificamente a internet. Para ele, as transformações tecnológicas são decorrentes da acelerada construção dos conhecimentos.

8 A inteligência coletiva é um pensamento sustentado por interconexões sociais, viáveis por meio das redes abertas de computação da internet que está “distribuída por toda parte, e é incessantemente valorizada, coordenada em tempo real, que resulta da mobilização efetiva das competências”. (LÉVY, 1999, p. 28) Cada ser humano sabe alguma coisa, mas ninguém sabe tudo ao mesmo tempo, e todo o conhecimento está presente na humanidade. É aplicada na dimensão do conhecimento, mas também atinge fortemente o campo político social e econômico. É uma nova maneira de saber, porque é o saber que será centro do novo espaço antropológico que a humanidade está, iniciando o “espaço do saber”. (LÉVY, 1999)

9 Novo ambiente sociotécnico que surge com a interconexão mundial de computadores, onde o social é mediado pelo digital. Alguns conceitos: 1) configuração social-histórica, uma nova realidade antropológica e política, “um quase sinônimo propriamente de sociedade ou de organização social” (TRIVINHO, 2003, p. 211-227 apud SILVA, 2008); 2) forma sociocultural que emerge da relação simbiótica entre a sociedade, a cultura e as novas tecnologias de base microeletrônica que surgiram com a convergência das telecomunicações com a informática na década de 70”. (LEMOS 2002 apud SILVA, 2008) 3) “é o conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e de valores, que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço”. (LÉVY 1999 apud SILVA, 2008)

10 “Meio de comunicação que surge com a interconexão mundial de computadores”; é “o principal canal de comunicação e suporte de memória da humanidade a partir do início do século XXI”; “espaço de comunicação aberto pela interconexão mundial dos computadores e das memórias dos computadores”; “novo espaço de comunicação, de sociabilidade, de organização e de transação, mas também o novo mercado da informação e do conhecimento”, que “tende a tornar-se a principal infra-estrutura de produção, transação e gerenciamento econômicos”. (LÉVY, 1999, p. 32, 92, 167)

Nesse contexto, o ambiente de aprendizagem deve ser um “espaço de articulação de atividades e recursos”, no qual o aluno coleta, interage, interpreta e manipula informações com “ferramentas pedagógicas” que propiciem comunicação e diálogo, formando uma rede colaborativa de aprendizagem, em que todos realizam projetos e atividades e façam circular o conhecimento construído. (JONASSEN, 1996 apud CARVALHO, 2009)

Entretanto esses “espaços de articulação de atividades e recursos” devem ser de construção democrática do conhecimento e essas “ferramentas pedagógicas” compreendidas como interfaces.¹¹ O termo interface seria mais apropriado por possibilitar a ideia de interação e não apenas a utilização de uma mera ferramenta. Os *blogs*, *chats*, portfólios e *wikis* constituem algumas interfaces. Mas, para o bom aproveitamento dessas interfaces nos cursos on-line, é preciso contar com um desenho didático interativo.¹² (SANTOS, 2009)

Por outro lado, Carvalho (2009), em seu estudo, considera que alguns fatores contribuem para limitar e/ou potencializar o desenvolvimento da interatividade, cooperação e autonomia necessárias, durante a realização de um curso a distância, são eles: fatores sócio-culturais, relacionados à dificuldade de acesso à internet, fatores tecnológicos e fatores relacionados ao modelo pedagógico.

Para Santos (2002), com a nova dinâmica social, flexibilização da economia, novas formas de organização do trabalho, revolução tecnológica etc., a EaD começa a apresentar-se no Brasil como alternativa à crescente demanda de força produtiva. A tendência mais provável para o século XXI é a convergência entre a modalidade presencial e a distanciada em sistemas de ensino mistos ou integrados, que ofereçam diversificadas oportunidades de formação. (BELLONI, 1999; SANTOS, 2002)

Por razões já expostas em outros itens dessa discussão, o trabalho em Saúde demanda com muita intensidade o enfoque a essa relação social no processo educativo, pois requer interatividade, como possibilidade de trocas e de fortalecimento de vínculos, concomitantemente, no processo de trabalho, já que está se

11 Interfaces são termos utilizados para todos os aparatos materiais que permitem a interação entre o universo da informação digital e o mundo ordinário. Os *blogs*, *fóruns*, *chats* e *portfolio* constituem algumas destas interfaces. (LÉVY, 1999, p. 37)

12 “[...] arquitetura que envolve o planejamento, a produção e a operatividade de conteúdos e de situações de aprendizagem, que estruturam processos de construção do conhecimento na sala de aula online. Estes conteúdos e situações de aprendizagem devem contemplar o potencial pedagógico, comunicacional e tecnológico do computador online, bem como das disposições de interatividade próprias dos ambientes online de aprendizagem.” (SILVA; SANTOS, 2009)

falando de “escola-função”.¹³ Ou seja, é durante o trabalho que se realiza a apropriação do conhecimento científico e tecnológico, quando as práticas de Saúde se concretizam, agregando-se na experiência os conhecimentos anteriores aos novos, reatualizados e ressignificados.

Nesse contexto, problematizar sobre o cotidiano das práticas aproxima esses sujeitos das necessidades de Saúde das comunidades a que assistem e possibilita a reflexão crítica, renovando o pensar, na medida em que se articulam as políticas públicas (enquanto expressão das necessidades de Saúde da comunidade), o planejamento (como ação social)¹⁴ e as práticas de Saúde (momento de concretização).

A formação técnica em Saúde depara-se, portanto, com o grande desafio de superar práticas tradicionais ao formar esses trabalhadores ou futuros trabalhadores do SUS, enfrentando limites socioculturais, limites de acesso à internet e deficiências no modelo pedagógico predominante.

Parece existir um consenso a respeito do diálogo como fundamental para a reflexão e construção de criticidade na ação pedagógica, na perspectiva da construção do saber, da autonomia e autoria desses sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, defendidos na Pedagogia problematizadora.

Nesse sentido, os autores da área de Educação a distância on-line nos trazem caminhos para modelos pedagógicos inovadores e de como o desenho didático do curso pode ser estruturado para dar conta das inovações necessárias a esta sociedade.

A ênfase à relação comunicacional é destacada por Perriault (1996), Belloni (2003) e Silva (2002), que aprofundam o debate sobre a relação comunicacional dos cursos na modalidade a distância e o defendem como fator prioritário para construção da aprendizagem e cocriação.

Mas, Silva (2008) vai além, pois, para ele, o professor, ao convidar o aluno a participar de um site ou um *blog*, potencializa a aprendizagem e contribui

13 Termo utilizado por Isabel dos Santos, autor importante na formulação de políticas de recursos humanos na Saúde na década de 1980, defensora da formação dos trabalhadores de nível médio e elementar da área de Saúde, em especial na área de Enfermagem. Para ela, a “escola-função seria aquela que iria para onde o aluno estivesse, e não uma “escola-endereço”, em que o aluno tivesse que se deslocar do trabalho para ir até a escola.

14 Planejamento visto sob a ótica da teoria da ação social (HABERMAS, 1987; WEBER, 1994; MATOS, 1996; BOURDIEUR, 1996 apud PAIM, 2006) capazes de auxiliar a compreensão das possibilidades e limites do planejamento. Trabalho com propósitos claros e objetivos, ajudando a mobilizar vontades, explicitando o que vai ser feito, com potencial de reduzir a alienação e de transformar a situação atual em uma nova situação. Não se reduz a planos, programas e projetos, reeduca os agentes das instituições à subordinação ao controle democrático da população, ou seja, ao exercício da cidadania. (BAHIA, 1987, p. 11-12 apud PAIM, 2006)

pedagogicamente para a inclusão desse educando na cibercultura, em que a Educação on-line, então, vai se constituindo neste contexto sociotécnico da cibercultura, se valendo da flexibilidade e interatividade próprias da internet e da comunicação todos-todos.

Educação a distância (EaD) na formação de nível médio para o SUS – limites e possibilidades

Neste estudo, foram analisadas as múltiplas dimensões que compõem os processos de EaD, a saber: a tecnológica, a comunicacional, a política e a pedagógica. Muito embora elas sejam inseparáveis no real-concreto, para fins analíticos foi necessário separá-las.

No Quadro 2, apresenta-se uma síntese dessas características/propriedades tecnológicas, comunicacionais, políticas e pedagógicas da modalidade EaD, seus principais limites e desafios para a formação técnica de nível médio e necessidades e/ou condições para que atenda às necessidades dessa formação.

Nesta análise, foram consideradas como propriedades da modalidade EaD na dimensão tecnológica: acesso às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), o manejo das TIC, a disponibilidade dos materiais didáticos em versão eletrônica, a flexibilidade e abertura do acesso ao conhecimento/informação, a hipertextualidade que possibilita a multiplicidade de conexões em rede e a utilização de diversas ferramentas comunicacionais/interfaces. (SANTOS, 2003) Entretanto, é necessário desenvolver habilidades para manejo da tecnologia a fim de evitar o desestímulo e consequente evasão. Como limites e desafios encontram-se, ainda, a dificuldade de acesso às TIC do pessoal de nível médio que é menor e, por essa razão, a qualificação para o “manejo” das TIC pode ser mais um desafio demandado. Como condição e necessidade para a possibilidade de sucesso dos cursos, destacam-se as políticas favoráveis à ampliação do acesso, a formação pedagógica de docentes e formação comunicacional de docentes e discentes para o uso das TIC.

A dimensão comunicacional é caracterizada pela comunicação em rede, enquanto tendência da sociedade contemporânea que traz a interatividade e dialogicidade como fenômeno comunicacional que convida a experimentar a co-criação. (SILVA, 2002) Nela está o potencial da formação de comunidades virtuais de aprendizagem e também de redefinição das relações, além das interfaces inovadoras e diversificadas (*e-mails*, *fóruns*, *chats*, *blogs*, *wikis*/textos colaborativos, dentre outras). Mas, ainda persiste como limite a barreira sociocultural que

precisa ser superada, dado o lugar da classe social a que pertencem os alunos em questão, ainda com grandes dificuldades de acesso à internet, por residirem na zona rural ou em zona urbana que não disponibilizem conectividade. Apresenta-se como desafio a horizontalização das relações, tendo como condições e necessidades o estabelecimento de comunicação dialógica horizontal do grupo de aprendizagem e a interação do grupo, assim como o acesso ao material didático de forma democrática.

Quadro 2 – EaD e Formação Técnica de Nível Médio para o SUS

	EAD PROPRIEDADES/ CARACTERÍSTICAS	LIMITES/DESAFIOS	CONDIÇÕES/NECESSIDADES
TÉCNOLÓGICA	Acesso às tecnologias (TICs); Manejo das TICs; Material didático disponível; Flexibilidade e abertura do acesso ao conhecimento/informação; Hipertextualidade.	Acesso do pessoal de nível médio é menor/manejo pode ser mais difícil, mas possível. Alfabetização digital x evasão /desestímulo.	Políticas favoráveis à ampliação do acesso; Habilitar docentes e discentes para o uso das TICs.
COMUNICACIONAL	Comunicação em rede; Interatividade; Dialogicidade; Potencial para redefinir relações; Interfaces inovadoras e diversificadas(e-mails, fóruns, chats, blogs, wikis/textos colaborativos, dentre outras); Formação de comunidades virtuais de aprendizagem	Barreira cultural e social que precisa ser superada, dada o lugar da classe social; Horizontalização das relações.	Estabelece comunicação dialógica horizontal do grupo de aprendizagem; Possibilitar a interação do grupo e o acesso ao material didático de forma democrática.
POLÍTICA PEDAGÓGICA	Cocriação; Coautoria; Colaboração; Compartilhamento; Professor mediador; Construção permanentemente do conhecimento; Potencial para emancipação dos sujeitos; Mediação participativa; Oportunidade de compartilhar as experiências; Rompimento com a forma vertical de ensino; Enfoque no aprender fazendo; Foco na relação professor aluno; Construções coletivas.	Risco de desresponsabilização do professor; Risco de reprodução do modelo tradicional de educação (transmissão/ condicionamento); Poder x saber concentrados/ “des-autorização” do nível médio - relação comunicativa verticalizada.	Escolha pedagógica do professor como fator condicionante a interação do grupo; Mediação interativa do professor; Professores qualificados para os processos pedagógicos: formar formadores para a docência on-line; Desenho didático interativo e fundamentado na vivência dos alunos/ prática social como ponto de partida.

Fonte: Elaboração dos autores.

A dimensão político-pedagógica se caracteriza pela cocriação, coautoria, colaboração, compartilhamento e professor como mediador, propostos pelas salas de aula interativas para a construção permanentemente do conhecimento. Aqui se expressam a possibilidade de emancipação dos sujeitos, a mediação participativa do processo educativo, a oportunidade de compartilhar inúmeras experiências, o rompimento com a forma vertical de ensino, o enfoque no aprender fazendo, o foco na relação professor aluno e nas construções coletivas. Entretanto, a escolha pedagógica do professor é um fator condicionante à interação do grupo. Nesse sentido, como limites estão o risco de desresponsabilização do professor, o risco de reprodução do modelo tradicional de Educação (transmissão/condicionamento), a relação de dominação-subordinação no interior das equipes da Saúde, concentrando poder e “des-autorizando” o pessoal com escolaridade de nível médio, podendo reforçar e/ou reproduzir a relação comunicativa verticalizada, e a passividade daqueles subordinados, sendo possível nesses casos que haja maiores desafios na interação e diálogo à distância.

Do contrário, na perspectiva de empoderar esses sujeitos para que venham a ser ativos no processo de reflexão crítica e de construção/reorientação das suas práticas, como condição, está a mediação interativa do professor e a necessidade desses professores de serem qualificados para os processos pedagógicos, ou seja, formar formadores para a docência on-line. Também há a necessidade de construção de um desenho didático interativo e fundamentado na vivência dos alunos como pré-textos que tomem a prática social como ponto de partida (Quadro 2).

Considerações finais

Para formular políticas e intervenções sobre os problemas concretos da formação dos trabalhadores da Saúde de nível médio, devem ser considerados os propósitos da Educação permanente em Saúde como condição para o sucesso das mesmas.

É durante o trabalho que se realiza a apropriação do conhecimento científico e tecnológico, quando as práticas de Saúde se concretizam, agregando-se na experiência os conhecimentos anteriores aos novos, reatualizados e ressignificados. Por sua vez, é também uma possibilidade de estímulo à capacidade crítica, de curiosidade e de insubmissão dos sujeitos envolvidos no processo educativo, como exercício democrático para a reflexão e proposição sobre as políticas públicas e as práticas de Saúde.

Combinar os conhecimentos que fundamentam a Pedagogia adotada na formação dos trabalhadores de nível médio do SUS, a problematizadora ou Pedagogia de Paulo Freire, e o que vem sendo discutido na Educação a distância na perspectiva da interação em busca do entendimento e da interatividade é uma alternativa viável e coerente, pois ambas convergem para prática educativa crítica e emancipatória e tem o enfoque na relação dialogal e negociação de sentidos por meio da ação comunicativa.

A função mediadora do professor é fundamental, portanto, no planejamento dos processos educativos em Educação on-line. É preciso mapear esses docentes, de preferência já inseridos nos espaços de serviços de Saúde, devendo ser pré-requisito dessa ação formativa, pois ela exige o desenvolvimento de ações educativas, em especial do agir comunicativo, essenciais para o bom desempenho desses mediadores.

A Educação on-line que considera os princípios da interatividade nos traz caminhos para o modelo pedagógico a ser construído e de como o desenho didático do curso deve ser estruturado, convergindo com as propostas de formação técnica de nível médio para o SUS. Mas é preciso que garantam em seus desenhos didáticos os momentos presenciais para as práticas e estágios supervisionados em Saúde, por tratarem-se de cursos com especificidades próprias que devem acautelar riscos.

Portanto, aliar a modalidade presencial e a modalidade a distância pode ser uma alternativa para a formação técnica de nível médio, devendo-se considerar o contexto em que as práticas de Saúde se concretizam, mas que requerem um entendimento desses sujeitos envolvidos para que aconteça a aprendizagem significativa.

Referências

AUSUBEL, D. P. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Plátano, 2002.

AUSUBEL, D. P. *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Projeto Político Pedagógico (PPP): Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. [Salvador]: SUPERH/EFTS, 2007. 30 p.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde: PGTEPS. [Salvador]: SUPERH, 2008.

BELLONI, M. L. *Educação a distância*. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

- BORDENAVE, R. D. *Estratégias de ensino aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- BOUFLEUER, J. P. *Pedagogia da ação comunicativa: uma leitura de Habermas*. 3. ed. Injuí, SC: UNIJUI, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Decreto n. 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 8º da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 2005.
- BRASIL. Decreto n. 6.303, de 12 de dezembro de 2007. Altera dispositivos dos Decretos n. 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e n. 5.773, de 9 de maio de 2006... *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1996/GM, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>>. Acesso em: 1 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde*. Brasília, 1994. 58 p.
- BRASIL. Resolução CD/FNDE nº 29, de 26 de junho de 2008. Estabelece orientações e diretrizes para o apoio financeiro às instituições de ensino participantes do Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil (e-TEC Brasil), vinculado à Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica e à Secretaria de Educação a Distância do Ministério da Educação, nos exercícios de 2008/2009. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/3258-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-29-de-29-de-junho-de-2008>>. Acesso em: 21 maio 2014.
- CARVALHO, M. A. P. *Análise de um ambiente construtivista de aprendizagem a distancia: estudo da intersectorialidade, da cooperação e da autonomia no curso de gestão regionalizada*. [2009?] Disponível em: <http://www2.abed.org.br/d_textos.asp>. Acesso em: 1 maio 2009.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura*. Tradução Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.
- CASTRO, J. L. de; SANTANA, J. P.; NOGUEIRA R. P. *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Natal: Observatório RH NESC: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002. 128 p.
- COSTA, P. P. O. L. *Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.
- DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Capacitação pedagógica para Instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília, 1994a.

- DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília, 1994b.
- DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas da Educação Permanente de Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009. p. 39-63.
- FLEURY, S.; ASSIS, M. O. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. *Por uma pedagogia da pergunta*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- GIOLO, J. A educação a distância e a formação de professores. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 29, n. 105, p. 1211-1234, set./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v29n105/v29n105a13>>. Acesso em: 1 fev. 2014.
- HABERMAS, J. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1990.
- LÉVY, P. *Cibercultura*. Tradução Carlos Irineu Costa. São Paulo: Ed. 34, 1999. 264 p.
- MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, dez. 1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n4/v2n4a05.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2014.
- MATURANA, H. *Emoções e linguagens na educação e na política*. Tradução José Fernando Campos Fontes. Belo Horizonte: EDUFMG, 1998. 98p.
- MORAN, J. M. Tendências da Educação Online no Brasil. In: RICARDO, Eleonora Jorge (Org.). *Educação corporativa e educação a distância*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no séc. XX*. Salvador: Edufba, 2006.
- PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- PERRIAULT, J. *La communication du savoir à distance*. Paris: L'Harmattan, 1996.
- PETERS, O. *Didática da educação a distância*. São Leopoldo: Unisinos, 1989.
- PETERS, O. Distance teaching and industrial Production: a comparative interpretation in outline. In: SEWART, D. et al. (Ed.). *Distance education: international perspectives*. Londres: Croomhelm, 1983.
- PRIMO, A. Avaliação em processos de educação problematizadora on line. In: SILVA, M.; SANTOS, E. (Org.). *Avaliação da aprendizagem em educação on line*. São Paulo: Loyola, 2006, p. 38-49.
- RAMOS, M. N. *Ensino por competência: um novo nome ou um novo rumo para o ensino técnico brasileiro?* Disponível em: <<http://www.profissaomestre.com.br/php/verMateria.php?cod=811>>. Acesso em: maio 2010.

RAMOS, M. N. *Indicações teórico-metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde*. PROFAE - Educação Profissional em Saúde e Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SANTOS, H. dos. *Formação e prática do tutor orientador na educação a distância mediada pelas tecnologias de informação e comunicação na perspectiva construtivista*. 2002 Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SAVIANI, D. *As concepções pedagógicas na história da educação brasileira*. 2005. Disponível em: <www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos.frames/artigo-o36.html>. Acesso em: 23 abr. 2010.

SANTOS, E. O. Articulação de saberes na EAD on line: por uma rede interdisciplinar e interativa de conhecimentos em ambientes virtuais de aprendizagem. In: SILVA, M. (Org.). *Educação on line*. São Paulo: Loyola, 2003.

SANTOS, E. O. O desenho didático interativo na educação online. *OEI -Revista Ibero Americana de Educação*, n. 49, jan/abril, 2009.

SANTOS, I. dos. Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. esp., dez. 2007.

SANTOS, I. dos; SOUZA, A. A. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala uma experiência em construção. *Rev. Saúde em Debate*, mar, 1989.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. B. I.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, M. *Sala de aula interativa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Quartet, 2002.

SILVA, M. Exigências para o professor na cibercultura. *Revista UCP*, p. 101-104, 2008. Disponível em: <<http://www.educacaoadistancia.blog.br/revista/ucp-marcosilva.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

SILVA, M.; SANTOS, E. O. Conteúdos de aprendizagem na educação online: inspirar –se no hipertexto. *Revista Educação & Linguagem*, v. 12, n. 19, p. 124-142, jan./jun. 2009.

STEVENS, K. Have the Shifting Sands of Fodism Resulted in Ground Lost or Ground Gained for Distance Education? *Distance Education*, v. 17, n. 2, 1996.

Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde: uma estratégia de reorientação da formação profissional em Saúde

Jamile Oliveira Lima¹
Marcio Lemos Coutinho²

Introdução

A formação dos trabalhadores em Saúde continua sendo reconhecidamente área crítica do processo de reorientação do setor Saúde. A construção do SUS evidencia antigos problemas e coloca novos desafios ao processo de formação de pessoal. A utilização de estratégias de descentralização e democratização da gestão e a experimentação de formas de organização do processo de trabalho em busca de modelos de atenção coerentes com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária impõem uma reflexão crítica e a formulação de proposições relativas aos perfis profissionais, aos processos pedagógicos e, em última instância, à direcionalidade da política educacional em Saúde. (TEIXEIRA, 1996) Nessa direção, as políticas e suas estratégias técnico-pedagógicas para formação profissional ganham maior proeminência no sentido de ordenar a constituição de perfis adequados às perspectivas e necessidades de mudanças nas estruturas e práticas de saúde.

A conformação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (Riets) em 2008, pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (Eesp), caracterizou-se como uma estratégia de implementação da Política de

1 Assistente Social. Mestre em Saúde Pública. Coordenadora de ensino, estudos e pesquisa da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto, da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Eesp/SUPERH/Sesab).

2 Fonoaudiólogo. Especialista em Saúde da Família e mestre em Saúde Coletiva. Coordenador técnico da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SUPERH/Sesab).

Reorientação da Formação Profissional em Saúde para a graduação em sintonia com as necessidades do sistema de atenção à Saúde, valorizando as *expertises* acumuladas das unidades, articulando-as com os dirigentes e formuladores da política.

Essa conformação surge como desdobramento de oficinas e seminários que contaram com a participação expressiva das unidades da rede estadual (diretores, coordenações de ensino/estágios e setores de recursos humanos (RH/Educação permanente), representantes das universidades (coordenadores de curso, professores e estudantes) e representantes das diretorias regionais de Saúde (Dires), tendo como objetivo central construir estratégias coletivas para o enfrentamento de problemas comuns relativos às práticas educativas e ao processo de formação dos futuros profissionais.

O surgimento das redes no Brasil

As redes, na sociedade brasileira, surgem em resposta ao contexto que se afirmava na América Latina. Contexto este caracterizado pelo processo de democratização com forte e demarcado apoio das organizações sociais, bem como pelo fomento à busca pela consciência cidadã e por uma maior participação nos processos de gestão das políticas públicas. (FLEURY; OUVÉNEY, 2007) Além do processo de democratização, outros elementos, como a complexidade dos processos administrativos, a impossibilidade de controlar a velocidade das mudanças e o desenvolvimento tecnológico das comunicações, permitindo interações virtuais em tempo real, também contribuíram para a existência das redes. Segundo Santana (2005, p. 16) convém lembrar que

[...] termo rede se aplica também a muitos outros campos de interesse além da seara científica, independentemente do meio de comunicação empregado usualmente por seus integrantes, inscrevendo-se nessa lista as redes de desenvolvimento de tecnologia, de produção industrial, de trabalhadores, de serviços educacionais e de saúde, de cultura, de áreas governamentais, de partidos políticos e de grupos criminosos.

Estabelecer uma rede e principalmente mantê-la dependerá da capacidade de seus componentes, nas diferentes situações que irão surgir, em negociar e gerar consensos, estabelecer regras de atuação, distribuir recursos,

construir mecanismos decisórios coletivos, estabelecer prioridades e acompanhar as ações.

Tal exercício é fruto da multiplicidade e diversidade dos atores sociais com poder político (considerando que decidem, controlam ou executam ações públicas) dentro da rede. Estes atores conformam uma sociedade policêntrica, na qual diferentes grupos se articulam provocando alterações ou rompendo com as relações estritamente verticais e burocratizantes entre o Estado e a sociedade (regulação e subordinação), ensejando o surgimento de relações horizontais e que priorizam a diversidade e o diálogo. Sendo assim, o que se presencia atualmente é a edificação de estruturas policêntricas com notório deslocamento do nível central de governo para o local, bem como do Estado para a sociedade. A descentralização e organização da sociedade civil propiciam a formação de novas formas de gestão compartilhada das políticas públicas. Dentro disso, as redes e a compreensão sobre elas são de fundamental importância. Partir das conceituações existentes faz-se necessário e é imprescindível.

O que são redes?

Segundo Fleury e Ouverney (2007, p. 15-16), a depender do ramo do conhecimento, a rede assume diversas conceituações e características. Seguem alguns deles:

- Psicologia social – universo relacional de um indivíduo, ou seja, o conjunto de relações e estruturas de apoio socioafetivo de cada um. São características estruturais das redes, segundo aquela disciplina, o tamanho, a densidade, a composição (distribuição), a dispersão, a homogeneidade/heterogeneidade e os tipos de funções por elas exercidas;
- Sociologia (redes de movimentos sociais) – novas formas de coordenação intermediária decorrentes do processo de diferenciação funcional dos subsistemas ou, ainda, novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia da informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia;
- Autonomia – combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento que substituiu a corporação hierarquizada do modelo fordista, baseado em trabalho, capital e gerenciamento;
- Gestão intergovernamental – tópico oriundo da junção das disciplinas de política e administração, ou como um modelo estratégico de gestão de políticas

ou, ainda, como um novo modelo de governança que envolve os níveis local e global;

- Construtivismo social – é através da interação dos participantes na rede de políticas que as impressões e experiências ganham significado, para além dos interesses egoístas individuais. Nesse caso, a ênfase deixa de ser na perseguição dos objetivos comuns para recair sobre o processo comunicacional por meio do qual os membros da rede compartilham um conjunto de valores, conhecimentos e percepções dos problemas.

Dentre as conceituações e características aqui apresentadas (outras inúmeras existem), pode-se destacar aspectos por elas trazidos como a heterogeneidade, a cooperação, a tecnologia da informação, a substituição de uma relação hierarquizada por uma mais horizontal, a governança, a partilha e a busca por objetivos comuns. Constata-se, desse modo, que as redes facultam aos seus integrantes permanentes oportunidades de diálogo e negociação. Podem também ocorrer transformações dos objetivos iniciais da rede, em sua fase de implementação, não mais condizentes quando confrontados com uma dada prática ou realidade. Estes objetivos irão sofrer alterações, proporcionais em quantidade, a depender das variações dos interesses dos indivíduos, da natureza dos grupos, da interdependência vertical entre os membros, da interdependência horizontal com outras redes e a distribuição de recursos entre os atores. (FLEURY; OUVÉNEY, 2007) Os recursos, para a rede, não se restringem ao aspecto financeiro. Eles podem ser legais, ao envolverem a distribuição formal de funções e competências entre os níveis de governo, políticos, referentes às estratégias, aos interesses e ao setor de atuação dos participantes, organizacionais, relacionados à disponibilidade de *expertise*, pessoal, espaço físico e equipamentos e, claro, financeiros, envolvendo a disponibilidade de fundos para a rede. Segundo Rovere (2009), existem cinco níveis que permitem reconhecer em que estágio a rede, em sua fase de implementação, se encontra, como pode ser observado no Quadro 1.

O 1º nível, do reconhecimento, é identificado quando se reconhece a existência e importância do outro que passa a ser visto como um interlocutor. O 2º nível, do conhecimento, parte do interesse em conhecer o outro e saber o que ele faz. O 3º nível, da colaboração, é atingido quando os sujeitos prestam ajuda e são ajudados pelos outros, porém, de modo esporádico. O 4º nível, da cooperação, ocorre quando são identificados problemas comuns e estratégias de superação e soluções são encontradas e aplicadas de forma conjunta e mais

sistemática. Por fim, o 5º nível, da associação, identifica-se pelo compartilhamento de recursos por meio do estabelecimento de acordos ou contratos. Para cada nível, a depender da ação que realize, é atribuído um valor.

Quadro 1 – Níveis de reconhecimento na formação de redes

Nível	Ações	Valor
5. Associar-se	Compartilhar objetivos e projetos	Confiança
4. Cooperar	Compartilhar atividades e projetos	Solidariedade
3. Colaborar	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecer	Conhecimento do que o outro é ou faz	Interesse
1. Reconhecer	Reconhecer que o outro existe	Aceitação

Como as redes se formam e se estabelecem as relações

A formação das redes acontece quando os sujeitos percebem que podem somar esforços e estratégias para satisfazerem às suas necessidades. Para tanto, espaços de negociação são criados com vistas ao estabelecimento de consensos e a atenuar os conflitos existentes. A disputa pelo poder, pela gestão e pelo domínio dos recursos, por vezes, são elementos mais presentes e determinantes na tessitura desta estrutura policêntrica do que, por exemplo, a colaboração e a cooperação. Em uma estrutura de rede, a gestão permanecerá, por um período de tempo que não se pode determinar, sob os cuidados de quem possua, em dado momento, os recursos para o enfrentamento de um problema ou desafio. A interação entre esses sujeitos dependerá do nível de formação em que a rede se encontra, trazendo à tona a necessidade do estabelecimento de regras e normas, que, por sua vez, têm importância fundamental para equilibrarem as relações estabelecidas, evitando que se transformem em relações sociais predatórias. Estas mesmas normas e regras, bem como as relações e os recursos, levam os atores a dependerem uns dos outros, em boa parte do tempo, pela diversidade e experiências/conhecimentos acumulados. A relação é sempre complementar, de colaboração. Cria-se, deste modo, o que se denomina por interdependência. Segundo Fleury e Ouverney (2007, p. 30), na interdependência,

cada organização depende da outra, sem que isso implique relação de subordinação entre elas. Nesse estado, o comportamento de cada parte não pode ser visto isoladamente das demais, o que aumenta o grau de incerteza para cada uma delas. A coordenação das interdependências deve levar

em conta dois aspectos: a coordenação das relações de causa e efeito e de insumo – produto entre as partes, e a necessidade de reduzir a incerteza para todos.

Redes, gestão pública e governança

Nos anos 1990, diante de um novo cenário, em que os padrões de organização apareceram fortemente marcados pela crescente fragmentação e interdependência dos formatos organizacionais e inter-relacionais, o conceito de redes se apresentou como a abordagem mais promissora. Tal se explica pelo fato da rede fornecer, contrariamente aos paradigmas que a antecederam, as bases teóricas mais apropriadas à descrição e análise de uma conjuntura oriunda da transformação da estrutura do Estado e de suas relações com a sociedade civil. (FLEURY; OUVÉRY, 2007) A intensificação do misto público-privado, o crescimento e o fortalecimento do 3º setor, a influência e poder de decisão dos organismos internacionais, a redução do Estado, a organização da sociedade civil, a eclosão das organizações não governamentais, a intersetorialidade e a multidisciplinaridade não puderam permitir à gestão pública permanecer sustentada em modos hierarquizados, rígidos e burocratizados de gerir. A centralidade decisória pelo Estado cede espaço à governança. Esse acontecido

[...] se deve certamente à retração do Estado, promovida pelas políticas neoliberais das últimas duas décadas, e à evidente incapacidade das enfraquecidas instituições públicas em lidar eficientemente com os crescentes problemas urbanos. (FREY, 2007, p. 138)

Segundo Frey (2007), a governança pode ser definida como ato de governar, no qual muitos atores estão envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas. Dentre esses atores, o governo é considerado como mais um deles. A governança pressupõe, sob este prisma, que haja uma gestão compartilhada e interinstitucional que envolve o setor público, o setor produtivo e o terceiro setor. É o reconhecimento de que o conhecimento e os recursos não estão aprisionados em um único ator ou grupo, e sim que transitam pela rede ganhando destaque nos momentos necessários. O quadro abaixo possibilita compreender que a governança em rede terá êxito se for instituída uma dinâmica de compartilhamento de poder e desenvolvimento de normas de

reciprocidade que contribuam com a resolução de conflitos. Se assim for, resultados positivos aparecerão, como

[...] a melhoria do desempenho na provisão de bens e serviços, a estabilização da governabilidade, o desenvolvimento de formas de intermediação de interesses plurais e a construção de processos decisórios mais igualitários. (FREY, 2007, p. 68)

Quadro 2 – Modelos de Governança: Mercados, Hierarquias e Redes

Bases normativas	Mercados	Hierarquias	Redes
	Contratos – direitos de propriedade	Relações de ocupação	Mútuo fortalecimento
Meios de comunicação	Preços	Rotinas	Relacionais
Métodos de resolução de conflitos	Disputas judiciais – recurso a tribunais	Sanção administrativa – supervisão	Normas de reciprocidade
Grau de flexibilidade	Alto	Baixo	Médio
Nível de confiança entre as partes	Baixo	Médio	Alto
Ambiente	Precisão e/ou desconfiança	Formal, burocrático	Benefícios mútuos
Preferência ou escolha dos atores	Independente	Dependente	Interdependente

Fonte: Fleury, Ouverney (2007, p. 66).

Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde - Riets

O processo de mudanças na formação dos profissionais de Saúde, para ser viável, requer uma atuação sobre a estrutura das práticas de Saúde, articulando, cada vez mais intensa e organicamente, o mundo do ensino com o mundo do trabalho. Trata-se, portanto, de reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho e de aproveitar as oportunidades educativas proporcionadas pela organização e pelo desenvolvimento e operação dos serviços de Saúde, constituindo-se como base estruturante de um processo político-pedagógico de formação.

Entende-se a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde como um conjunto amplo, aberto e inclusivo de agentes formadores, em cuja missão institucional se encontra a formação de profissionais de Saúde para e no SUS. Deste modo a interseção entre trabalho e Educação na Saúde tem um grande potencial para a construção de saberes e práticas que se conforma em possibilidade concreta de superar a modelagem tradicional do ensino e das práticas nos

serviços. (LEMONS; FONTOURA, 2009) Dentre os principais problemas enfrentados pela gestão da Secretaria de Saúde que justificaram a criação da Riets encontram-se:

- Herança de uma gestão verticalizada do nível central da Sesab, junto às unidades da rede estadual, fazendo com que não se sentissem responsáveis pela formulação e implementação da política;
- Desestruturação dos setores de Educação permanente/ensino das unidades, configurando-se pela baixa compreensão do serviço enquanto espaço privilegiado de aprendizagem e apoio à formação;
- Falta de normatização e critérios sobre os processos de concessão de campos de práticas e estágios, abrindo precedente para diversos tipos de investidas das universidades para garantia de espaço;
- Falta de informação das unidades da rede estadual sobre sua capacidade instalada e pedagógica para definir o quantitativo adequado de estudantes em práticas e estágios;
- Profusão de iniciativas de capacitação pontuais, desarticuladas e fragmentadas por parte das unidades e universidades;
- Baixa capacitação pedagógica de docentes, preceptores, tutores e orientadores dos serviços em relação aos processos de mudanças na graduação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais;
- Ensino em Saúde no estado centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, incentivando a precoce especialização e perpetuando modelos tradicionais de prática em Saúde;
- Relações estritamente normativas/contratuais entre as instituições, sem definição de responsabilidades e ações integradas;
- Falta de espaços coletivos e permanentes para discussões entre as unidades da rede estadual e as universidades.

As dificuldades colocadas exigiram da atual gestão da Secretaria Estadual da Saúde, através da Escola Estadual de Saúde Pública, a definição de ações que pudessem favorecer a transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de Saúde e as práticas pedagógicas, o que implicou articular o sistema de Saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras através de várias estratégias:

- Implementação de uma rede permanente de articulação entre as IES e as unidades da rede SUS-BA em todo o estado, possibilitando o estabelecimento de vínculos e pactos para o enfrentamento de problemas comuns de forma sistemática;
- Realização de reuniões/oficinas com os setores de RH/Educação permanente das unidades da rede estadual;
- Pactuação, junto às instituições de ensino e unidades da rede estadual, das responsabilidades das instituições e dos critérios pedagógicos para desenvolvimento das práticas e estágios, mediante a elaboração e assinatura do Termo de Convênio;
- Levantamento da capacidade pedagógica das unidades da rede estadual para a realização de práticas e estágios, através da aplicação de instrumento de caracterização;
- Incentivo aos processos de mudanças na graduação das IES, em consonância com os princípios do SUS, através do estabelecimento de cooperações técnico-financeiras e da formulação e implementação dos projetos aprovados no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho (Pet-Saúde);
- Implementação do projeto de pesquisa “Formação em Saúde no Estado da Bahia: uma análise à luz da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde”;
- Implementação do programa “O SUS enquanto princípio educativo”, que coloca a gestão do SUS-BA como um importante espaço de apoio à formação e novo cenário de aprendizagem;
- Implementação do programa “Estágio de vivências no SUS-BA”, que busca explorar o potencial de aprendizagem do processo de trabalho em Saúde, a partir da realidade local, provocando nos estudantes o compromisso ético-político nos processos de transformação do setor Saúde;
- Realização de aulas públicas sobre o SUS, constituído como importante espaço político-pedagógico de discussão coletiva entre as IES, unidades de Saúde da rede estadual e movimentos sociais sobre as estratégias e desafios na implementação do SUS-BA;
- Elaboração do curso de “Especialização e aperfeiçoamento em gestão do trabalho e da Educação na Saúde” para o fortalecimento dos setores de Educação permanente e dos processos educativos nas unidades da rede estadual;
- Realização de oficinas/seminários macrorregionais para implementação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde;
- Elaboração de material político-pedagógico, como vídeos e cartilhas.

A Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde está situada dentro de uma outra grande rede, que é a Rede Estadual de Unidades de Saúde do SUS-BA. Esta última é composta por instituições relacionadas aos serviços de Saúde. São elas: unidades hospitalares, centros de referência, postos de emergência, unidades básicas de Saúde, diretorias regionais de Saúde (DIRES), distritos sanitários, nível central, superintendências e escola de governo. Todas elas se encontram na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), conformando uma rede caracterizada pela complexidade. Complexidade encontrada em seus processos administrativos, no quantitativo de trabalhadores, que gira em torno de trinta mil, e nas relações estabelecidas pelos atores que a constituem.

Cada um destes atores, a depender do grupo a que pertença e lógica que o sustente, apresenta-se com interesses diversos e disposição para defendê-los nem sempre pelo consenso ou busca por coesão. Nesse contexto, a Rede de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde se relaciona, mais especificamente, com a Superintendência de Recursos Humanos, por ser esta responsável pela formação de pessoal para o SUS e a Escola Estadual de Saúde Pública, uma das que compõem a Superintendência, responsável pela formação de nível superior. Na Bahia, as escolas cuidam de públicos com nível de formação específico.

Diante dessa diversidade, o estabelecimento de regras, o aprofundamento da interdependência, a distribuição dos recursos, a construção de mecanismos decisórios coletivos e o monitoramento das ações são indispensáveis ao equilíbrio e bom funcionamento desta rede. O policentrismo, ou multiplicidade dos atores, concorre para que o SUS na Bahia venha, cada vez mais, a estabelecer relações mais horizontais, não tão rígidas e hierarquizadas, priorizando a diversidade e o diálogo. O policentrismo é típico da estrutura de rede e indica a diversidade dos atores/pessoas que a constituem.

Cada pessoa é um elemento central dentro da rede, que, em um dado momento, será chamado a atuar com vistas à resolução dos problemas que poderão surgir. Como cada pessoa, ou centro, possui habilidades que outro não possua, e vice-versa, os diversos centros entrarão em ação a depender da natureza do problema e de suas ferramentas disponíveis para solucioná-lo. Vários centros ou pessoas em ação dentro da rede configuram o policentrismo. O deslocamento do nível central de governo para o local, a busca pela regionalização e incentivo à cogestão denotam o exercício vivenciado pela Secretaria em compartilhar o poder antes centralizado na gestão estadual, dividindo-o com a gestão municipal e demais atores que a compõem.

Vale salientar que a Rede SUS-BA é uma rede de serviços em Saúde. Ou seja, oferta atenção e cuidado pelos procedimentos que realiza, tendo como público a sociedade baiana. Sob esse prisma, oferecer esses serviços parte da perspectiva de que serão destinados a usuários/cidadãos políticos, que podem influenciar o direcionamento da oferta, não só pelo perfil epidemiológico *loco* – regional, mas também pela ação dos conselhos locais de Saúde na prática do controle social.

Em contraposição à influência que pode ser exercida pelo controle social, há o interesse da indústria farmacêutica em introduzir na prática do cuidado a dependência por fármacos e outros insumos, em detrimento da prevenção e promoção em Saúde. O avanço tecnológico, ao facultar às unidades o incremento altamente sofisticado de aparelhos e máquinas, a intensa necessidade de especialização difundida na sociedade e a supremacia do modelo biomédico, leva o usuário a crer nos hospitais como celeiros inquestionáveis e exclusivos para a aquisição de cura dos seus problemas de Saúde. Este incremento também seduz os recursos humanos em formação, levando-os a crer que apenas na estrutura hospitalar encontrarão a solução para todos os males e enfermidades a partir de uma prática em Saúde respaldada pelo avanço tecnológico e científico. A provável consequência é a aproximação dos estudantes do maquinário e afastamento deles daqueles para quem se destinam os cuidados em Saúde, ou seja, para os usuários.

É diante dessa multiplicidade de atores e dos choques entre interesses tão distintos que a Rede SUS-BA se encontra, apesar de, mesmo que de modo incipiente, conseguir distribuir recursos e atuar com solidariedade e colaboração. Mesmo com tamanha diferença de interesses, foi possível identificar um objetivo comum, dentre outros, a ser perseguido pelos atores. Trata-se da formação de recursos humanos para a Saúde com base na premissa constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação em Saúde. É deste objetivo e da complexidade das relações mantidas pelos distintos atores que surge a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, no Sistema Único de Saúde da Bahia, com finalidade clara e específica direcionada ao ordenamento da formação da Saúde através da adequação dos perfis profissionais em Saúde à realidade epidemiológica das diversas *loci* – regiões distribuídas pelo estado.

Junto a esta finalidade, seguem o incentivo aos processos de mudança curricular, a qualificação dos trabalhadores que estão nos serviços, o ensino à aproximação das instituições formadoras e unidades de Saúde que funcionam como campo de estágios e práticas e a busca pela implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES).

Diagrama para localização da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde na estrutura do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia

- Rede SUS-BA (representada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab)
- Riets – Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde
- RVIETS – Rede Virtual de Integração da Educação e Trabalho na Saúde

Considerações finais

A construção de uma rede nesta perspectiva propicia o trabalho cooperativo e a interação entre as experiências individuais e coletivas, fomentando a autonomia e a responsabilização dos profissionais envolvidos, ampliando seu compromisso e sua participação nos processos decisórios. Apresenta, portanto, as seguintes potencialidades. (LEMOS; FONTOURA, 2009)

- “Possibilidade de trazer à tona algumas questões veladas, como o próprio questionamento da organização do processo de trabalho”;
- “Efeito na própria rede de atenção, reorganizando os fluxos na cadeia de cuidado”;
- “Elemento integralizador da formação, à medida que os componentes do currículo são mobilizados e articulados numa postura ativa frente aos problemas colocados pela prática”;
- “Tende a ganhar dimensões de estratégias políticas, na reconfiguração dos dispositivos institucionais”;
- “Favorece a formação de profissionais capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e concretizar mudanças de paradigmas na área da saúde”;
- “Pensar a formação enquanto educação permanente, ou seja, colocar o cotidiano de trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença como uma espécie de mediador da qualidade de ensino”;
- “Considerar na prática do cotidiano concreto os distintos contextos, articulações políticas e saberes diferenciados para compreender a emergência de novas possibilidades de configuração das relações, sobretudo institucionais”.

A Política de Reorientação da Formação Profissional em Saúde para a graduação em implementação no estado deixa de ser responsabilidade exclusiva

de um determinado setor, decorrendo cada vez mais de acordos que vão sendo estabelecidos entre os vários atores envolvidos na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação das ações. A implementação de uma política de formação dos profissionais de Saúde que tenha a capacidade de dialogar e interagir com a realidade dinâmica das ações e dos serviços, possibilitando a formação de perfis profissionais ético-politicamente comprometidos e a garantia de espaços e mecanismos que gerem progressivamente auto-análise e implicação, superando modelos instituídos e efetivando mudanças institucionais, é um desafio ambicioso e necessário.

Referências

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREY, K. Governança urbana e participação pública. *RAC Eletrônica*, v. 1, n. 1, art. 9, p. 136-150, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/periodicos/arq.pdf/a.629.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

LEMOS, M.; FONTOURA, M. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS – BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 1, jan/mar. 2009.

ROVERE, Mario. *Redes nômades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional*. 2009. Disponível em: <<http://files.sld.cu/iss/2009/02/16/redes-nomades-algunas-reflexiones-desde-una-practica-de-intervencion-institucional-por-mario-rovere/>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

SANTANA, José Paranaguá de. Desafios para as redes no campo da saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Fórum nacional de redes em saúde*. Belo Horizonte, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 12, p. 19-23, 1996.

Regulação de campos de prática na Rede SUS: a experiência da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia

Laíse Rezende de Andrade¹
Iêda Maria Fonseca Santos²
Suiane Costa Ferreira³

Introdução

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) iniciou, a partir de 2007, uma nova etapa no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, investindo no fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do sistema público de Saúde, com vistas à implementação de políticas e estratégias de mudança do modelo de atenção que contribuísse para o alcance da universalidade, integralidade e equidade no acesso da população às ações e serviços de Saúde. (BAHIA. Secretaria de Saúde, 2009)

Neste momento, desencadeou-se o processo de formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PEGTES) desenvolvida sob a coordenação da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), que contemplou a revisão e discussão do marco jurídico-normativo que orientava e respaldava a ação da Sesab nesta área, bem como implicou o aprofundamento do debate em torno dos princípios e diretrizes a serem adotados como referencial para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS no Estado.

1 Mestre em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Fiocruz. Coordenadora de Integração da Educação e Trabalho na Saúde/Escola Estadual de Saúde Pública/Sesab.

2 Especialista em Metodologia e Didática do Ensino Superior e Metodologia da Assistência de Enfermagem pela UNEB. Docente da Faculdade Maria Milza. Técnica da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde/Escola Estadual de Saúde Pública/Sesab.

3 Mestre em Educação e Contemporaneidade pela UNEB. Docente da Universidade do Estado da Bahia. Técnica da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde/Escola Estadual de Saúde Pública/Sesab.

Os principais problemas identificados nas áreas da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde demandavam intervenções capazes de modificar o perfil profissional e as condições e relações de trabalho às necessidades e demandas do processo de consolidação do SUS no estado. A PEGTES apontou, entre outros, dois caminhos importantes para regular as relações entre os estabelecimentos da Rede Sesab e as instituições de ensino: introduzir mudanças curriculares nos cursos da área e implementação de propostas inovadoras de Educação permanente em Saúde e constituir redes integradas de Educação-trabalho, visando a redução da distância entre o ensino e os cenários de prática no campo da Saúde.

A Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (Eesp), integrante da SUPERH, atua neste contexto em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da PEGTES. Através da sua Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (Ciet), vem desenvolvendo ações de qualificação, formação e Educação permanente para os profissionais de Saúde da Rede Sesab e ordenamento da formação profissional em Saúde no nível superior no âmbito do estado, estabelecendo relações de corresponsabilidade das universidades com o SUS, que sejam capazes de instituir novas formas de ensinar e praticar Saúde, por meio da integração entre o ensino e o serviço.⁴

Uma das importantes ações de integração relaciona-se a regulação dos campos de práticas na Rede Sesab para estágios obrigatórios dos cursos da Saúde, sem a qual tanto a formação quanto o cuidado tornam-se bastante prejudicados. Portanto, este artigo tem como objetivo explicitar os trâmites, desafios e avanços deste processo regulatório, apresentando o papel estratégico da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia para estimular a integração entre ensino e serviço, a fim de alcançar uma melhor formação graduada em Saúde, à luz das propostas do SUS e da PEGTES.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um relato de experiência cujo objeto central é o processo de regulação dos campos de estágio obrigatório na Rede SUS-Bahia, através da atuação da Escola Estadual de Saúde Pública, desde 2009.

4 Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da Saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de Saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à Saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE et al., 2008)

Este relato descreve a experiência da Eesp que iniciou um processo de organização de fluxos oficiais para o uso ordenado dos campos de estágio obrigatório.

Foram utilizados dados secundários, como os relatórios semestrais de regulação dos campos de estágio da Rede Sesab e o Manual do Estágio Obrigatório da Eesp a fim de subsidiar esta descrição. Para Marconi e Lakatos (2010), dados secundários possibilitam a resolução de problemas já conhecidos e a exploração de outras áreas onde os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente.

A experiência da Eesp na regulação dos estágios obrigatórios na Rede Sesab

A Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (Eesp), na perspectiva de operacionalizar a PEGTES, vem ampliando sua atuação no que tange à participação na Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (Riets), atuando como ente regulador das relações no que diz respeito ao ingresso de estudantes de graduação na rede, através do estágio obrigatório.

A Lei nº 11.788, de 25/09/2008, define o estágio como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante. Esta mesma lei define estágio obrigatório como pré-requisito do projeto pedagógico do curso para aprovação e obtenção do diploma.

A Sesab, desde a sua criação, disponibiliza sua rede para que sua estrutura seja utilizada pelas diversas instituições de ensino, públicas, filantrópicas, comunitárias ou privadas, como campo de prática privilegiado para as atividades de estágio obrigatório que compõem essa formação, seja na modalidade de práticas de ensino,⁵ estágio supervisionado⁶ ou visitas técnicas.⁷

A Eesp investe em estratégias de Educação permanente, construindo junto com IES, estudantes e trabalhadores, uma reflexão crítica a partir das ativida-

5 As práticas de ensino dizem respeito às atividades desenvolvidas por alunos, ligadas a uma disciplina específica, com supervisão direta do professor responsável, normalmente em um período curto de tempo, contribuindo para consolidar a construção do conhecimento já anteriormente discutido nas aulas teóricas.

6 O estágio supervisionado relaciona-se ao estágio final para conclusão do curso, na qual o aluno desenvolve atividades de maneira mais autônoma, com supervisão direta de um trabalhador do serviço, da mesma categoria profissional. O professor deve realizar a supervisão desse aluno semanalmente ou quinzenalmente de acordo com o estabelecido com o serviço.

7 A visita técnica é uma atividade pontual, realizada pela instituição de ensino, voltada para a observação de procedimentos técnicos, assistenciais e/ou gerenciais que não envolvam a manipulação direta de materiais, equipamentos e atendimento ao paciente.

des cotidianas, da troca de experiências e dos conhecimentos produzidos e acumulados no ambiente de trabalho, sendo os mesmos considerados a base para as ações de qualificação e formação dos trabalhadores da Saúde, contribuindo para o desenvolvimento de sujeitos críticos e autônomos. Assume, assim, não ser possível pensar a mudança na formação dos profissionais de Saúde sem reflexão sobre a articulação ensino e serviço, considerando esse binômio como uma questão privilegiada para a produção de cuidados na Saúde e implementação de um modelo de atenção à Saúde centrado no usuário.

Tendo como competência da Eesp, através da Ciet, a participação na formulação da política de regulação do ingresso de estudantes e docentes na rede assistencial do SUS-BA, esta pactua de forma contínua junto às instituições formadoras e estabelecimentos de Saúde (ES) o desenvolvimento das práticas de integração ensino-serviço. Portanto, regula, acompanha e avalia sistematicamente convênios e termos de cooperação técnico-científica, bem como as atividades de estágios obrigatórios na Rede Sesab, em parceria com os estabelecimentos de Saúde onde são desenvolvidas essas atividades.

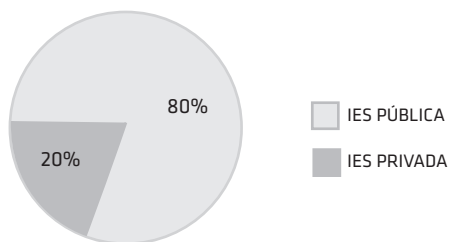
Historicamente, a ocupação dos campos de prática dava-se por negociação direta das IES com o serviço, sem garantia dos pré-requisitos básicos de ingresso (apólice de seguro, plano de estágio, capacidade física e pedagógica adequada, entre outros), colocando o estudante, o servidor da Sesab e a própria IES em situação de irregularidade e inadequado uso das potencialidades do serviço.

Tomando este cenário como pano de fundo, a Eesp iniciou em 2008 um levantamento para caracterização da rede a fim de obter um diagnóstico mais preciso deste contexto de utilização dos campos de estágio visando construir estratégias de organização dos campos para a formação profissional na área da Saúde.

O diagnóstico foi levantado analisando-se um grupo composto por 26 unidades da rede própria da Sesab, que correspondia a 49% dos estabelecimentos da rede localizados em Salvador e parte da região metropolitana, por apresentarem relatos recorrentes de dificuldade para organização das atividades de estágio obrigatório e integração ensino-serviço.

Este levantamento contou com apoio dos núcleos de Educação permanente dos estabelecimentos de Saúde (ES) em questão. O resultado foi a construção de um panorama qualitativo e quantitativo desse uso da rede estadual para realização dos estágios. O primeiro dado relevante diz respeito à distribuição das IES como descrito no gráfico abaixo.

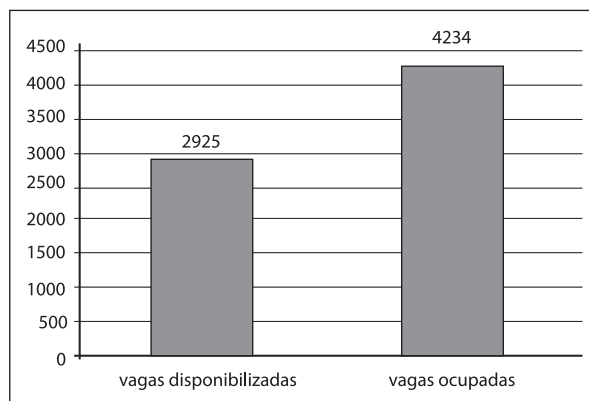
Gráfico 1 – Distribuição percentual das instituições de ensino superior que ocupavam os estabelecimentos de Saúde estudados. Salvador, Bahia, 2009 (N=26)



Fonte: Bahia. Secretaria de Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (2009)

Em relação ao quantitativo de vagas disponibilizadas e utilizadas para o estágio obrigatório na rede, observa-se uma incongruência. As unidades analisadas informaram possuir capacidade física e pedagógica para 2.925 vagas para diversos cursos da área de Saúde, mas, no entanto, 4.234 vagas estavam sendo ocupadas efetivamente, o que leva a acreditar que um quantitativo real de vagas não estava sendo disponibilizado para a Eesp a fim de ser regulado oficialmente.

Gráfico 2 – Relação entre as vagas disponibilizadas pelos estabelecimentos de Saúde estudados e vagas ocupadas para realização de estágio obrigatório. Salvador, Bahia, 2009



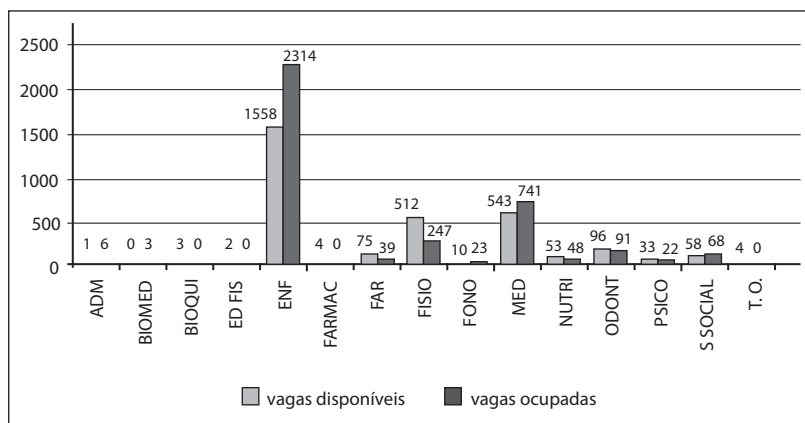
Fonte: Bahia. Secretaria de Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (2009).

Este fluxo propiciava a manutenção de uma situação injusta que garantia a entrada de algumas IES no campo, excluindo outras, além de constituir-se em

um processo sem acompanhamento da Eesp, o que acabava por prejudicar uma efetiva integração ensino-serviço.

O relatório semestral de regulação dos campos de estágio da Rede Sesab (2009) descreve ainda a relação de distribuição das vagas por categoria profissional, conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição das vagas disponibilizadas pelos estabelecimentos de saúde estudados para realização de estágio obrigatório. Salvador, Bahia, 2009 (N=2925)



Fonte: Bahia. Secretaria de Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (2009).

Em relação à capacidade pedagógica, mais da metade (54%) dos ES estudados afirmavam possuir plano de estágio para receber os estagiários, desenvolver ações de qualificação dos seus profissionais e a existência de condições estruturais para recebê-los.

Em 2013, após quatro anos deste diagnóstico inicial, é possível visualizar mudanças neste quadro de ocupação devido ao avanço da ação reguladora da Sesab, através da Eesp, em que um novo contexto surge com maior participação do estado neste processo.

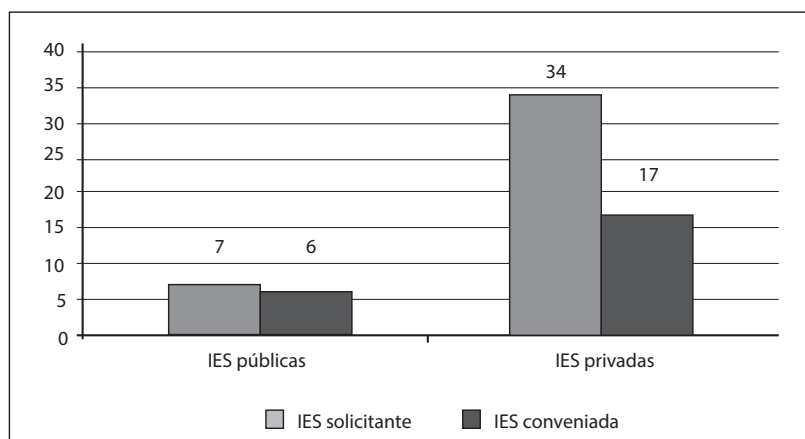
Atualmente, a regulação dos estágios obrigatórios na Rede Sesab ocorre através da assinatura do Termo de Cooperação Técnico-científica, que institui as responsabilidades entre os Estabelecimentos de Saúde (ES) pertencentes à rede própria da Sesab e IES.

Para efetivação deste Termo, a IES deve apresentar uma série de documentos exigidos, como o projeto pedagógico dos cursos, autorização de funciona-

mento da instituição e do curso, provas de regularidade fiscal entre outros, que são analisados de acordo com critérios estabelecidos pela Procuradoria Geral do Estado (PGE).

No que diz respeito a celebração do Termo de Cooperação Técnico-científica em 2013, observa-se que 41 IES iniciaram o trâmite de convênio, sendo 17% (07) públicas e 83% (34) privadas, comunitárias ou filantrópicas. Dentro deste universo, 56% (23) encontram-se conveniadas. Das IES públicas 86% (06) já concluíram este processo e entre as IES privadas apenas 50% (17).

Gráfico 4 - Distribuição das instituições de ensino superior conveniadas com a Sesab através do Termo de Cooperação Técnico-científica. Salvador, Bahia, 2013 (N=23)



Fonte: Bahia. Secretaria de Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (2013)

A menor celeridade por parte das IES privadas, comunitárias ou filantrópicas, justifica-se, em parte, pela indefinição acerca de mudanças na contrapartida a ser instituída através do programa da Sesab, em parceria com a Secretaria de Educação do Estado, inicialmente denominado BolsaSUS, ainda em construção.

O Programa BolsaSUS consiste na oferta de bolsas integrais de estudo pelas instituições privadas de ensino superior e técnico, em cursos da área de saúde, aos estudantes egressos das escolas públicas selecionados através de processo seletivo, em contrapartida à celebração de convênios para a disponibilização de campos de estágio nos ES que integram a rede própria da Sesab.

Prevê-se no programa que bolsas integrais serão concedidas anualmente pelas instituições privadas de ensino, sendo que os percentuais incidirão sobre o

quantitativo de vagas de campos de estágio concedidas pela Sesab a cada instituição privada conveniada.

A minuta da portaria que regulamenta este programa prevê a instituição de 10% de concessão de bolsas incidindo sobre o quantitativo de vagas de estágio disponibilizado no primeiro ano, diminuindo para 7% nos anos subsequentes do curso.

No entanto, após apresentação deste programa às IES, em julho de 2013, a Associação Baiana de Instituições de Ensino (Abames) solicitou a criação de um grupo de trabalho para que fossem detalhadamente discutidos e pactuados os percentuais e demais requisitos para instituição do programa.

Este conjunto de debates deve-se estender até o próximo ano, no qual os convênios celebrados receberão um aditivo que explicitará as condições de contrapartida. Por hora, independente da definição da contrapartida, mantém-se a necessidade de celebração de convênio para ingresso de estudantes de qualquer IES na Rede Sesab.

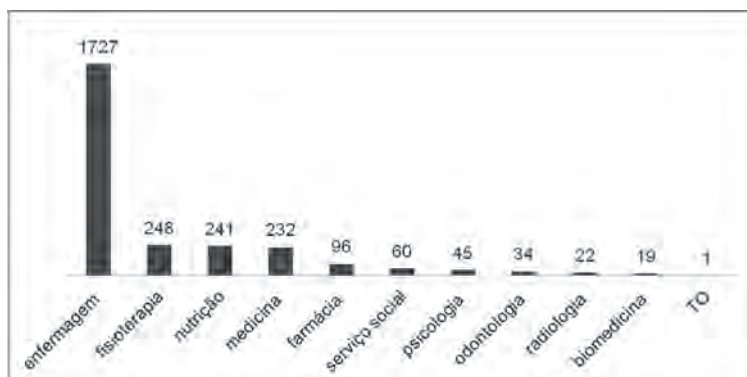
Após celebração deste Termo de Cooperação, a IES solicita os locais de interesse para realização do estágio obrigatório, dentro de prazos semestrais preestabelecidos pela Eesp, mediante o preenchimento de um formulário específico. Nesta solicitação está incluso o período do estágio (dias da semana, turno, quantitativo de aluno) e o docente responsável pelo acompanhamento didático-pedagógico. Concomitantemente, os ES também são consultados com relação às vagas disponibilizadas, através das quais se avalia a capacidade pedagógica e física de cada unidade.

Após análise desses dados encaminhados, a Eesp realiza a distribuição das vagas em todas as unidades da rede própria que se constituem em campos de estágio obrigatório e realiza a distribuição das vagas a partir da análise da capacidade de oferta da unidade, vigência do convênio e cumprimento das responsabilidades pela IES solicitante.

Para melhor organização desta distribuição, convêm destacar que as vagas ofertadas pelos ES possuem seu quantitativo discriminado em práticas de ensino e estágios supervisionados. É importante ressaltar ainda que as visitas técnicas solicitadas pelas IES são negociadas e agendadas diretamente com os serviços, não sendo necessária a interveniência da Ciet nesse fluxo, tendo em vista o caráter pontual de uma visita técnica e as particularidades de cada serviço.

No primeiro semestre de 2013, 2.725 vagas foram reguladas, como se pode observar no gráfico abaixo, tanto nas unidades com modelo de gestão direta quanto na indireta.

Gráfico 5 – Distribuição de vagas reguladas nos campos de estágio da Rede Sesab no primeiro semestre de 2013, por categoria profissional (N= 2.725)

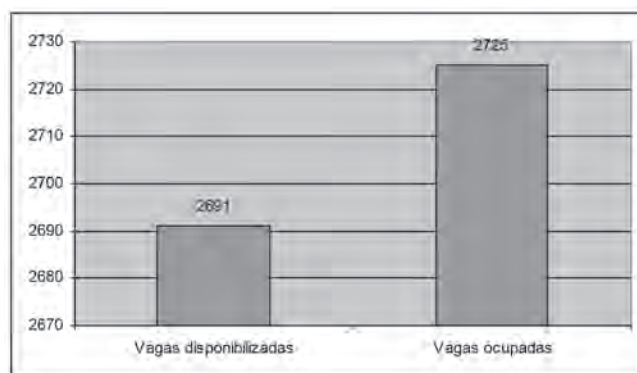


Fonte: Bahia. Secretaria de Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (2013).

O curso de Enfermagem mantém-se, desde 2009, como o de maior ocupação das vagas na Rede, o que pode estar diretamente relacionado tanto ao projeto político pedagógico do curso, que visa colocar o estudante em contato com o serviço desde muito cedo, a fim de aumentar suas habilidades técnicas, como também pela grande expansão deste curso na região Nordeste.

No que concerne à relação entre vagas disponibilizadas pelos ES e vagas ocupadas pela Eesp, também se encontrou incongruência, mas com menor discrepância, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 6 – Relação entre as vagas disponibilizadas pelos estabelecimentos de saúde estudados e vagas ocupadas para realização de estágio obrigatório. Salvador, Bahia, 2013 (N=29)



Fonte: Bahia. Secretaria de Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto (2013).

Em relação à capacidade pedagógica, 100% dos estabelecimentos de saúde (ES) estudados afirmavam possuir plano de ação para receber os estagiários, desenvolver ações de qualificação dos seus profissionais e de ter condições estruturais para recebê-los. Esta evolução apoia-se no fato de ser esta uma condição exigida através do Termo de Cooperação Técnica para que os ES possam ser campos de estágio obrigatório.

Apesar do avanço expressivo nesta regulação, alguns estabelecimentos seguem negociando o uso de seus campos sem participação da Eesp, dificultando a organização e planejamento da concessão em toda a rede.

Quanto à demanda de campos de estágio, vale ressaltar o requerimento de vagas para graduações, internato e residências por IES de outros estados da Federação. Este acréscimo da demanda aumenta os desafios para a regulação e aponta a necessidade de estabelecer um debate acerca da prioridade de IES públicas do estado, para garantir qualidade aos cursos do próprio estado.

Outra questão relevante diz respeito ao aumento expressivo de diversos cursos na área da Saúde ofertados pelas IES sem a prévia pactuação com o estado e, conseqüentemente, com sua capacidade de acolhimento das demandas de estágio obrigatório na Rede Sesab. Por isso, faz-se premente que o estado e os municípios participem dos debates para abertura de novos cursos, assim como da definição do perfil profissional que a rede necessita para ofertar um cuidar integral para seus usuários.

Estas reflexões comprometem a Eesp com outras ações de integração ensino-serviço, que visam aproximar a gestão estadual de definições importantes referentes à formação de profissionais que, para além da necessidade crescente de utilização de seus campos de estágio, participarão da rede como trabalhador em um futuro muito breve.

No que tange ao estabelecimento de Saúde diante desta regulação dos campos de estágio obrigatório, destaca-se a organização semestral de oficinas de acolhimento e integração envolvendo todos os alunos, professores dos cursos e categorias profissionais que irão realizar atividades naquela unidade. Nesta oportunidade, os princípios e diretrizes do SUS e as necessidades dos estabelecimentos deverão ser explicitados com a finalidade de construir pactos para cumprimento das demandas do serviço durante o período do estágio indicando que assim, como a IES e os estudantes, o serviço também precisa de apoio para se estruturar e desenvolver suas atividades.

Nesta conjuntura, espera-se ainda que os ES façam a mediação e articulação interna com as áreas operacionais e os profissionais que irão receber os

discentes e o docente. Exemplos de requisitos a serem mediados são os relativos aos equipamentos de proteção individual (EPI) e outros materiais a serem usados pelos estagiários.

Além da pactuação destas atividades é preciso discutir a avaliação destes estudantes. Afinal, os processos de avaliação do campo de práticas/estágios/visita técnica, visam a melhoria da qualidade do cuidado à Saúde, devendo ser realizados entre as equipes do ES e da IES semestralmente. Contudo, a Eesp também atua neste processo realizando acompanhamento pedagógico tanto da IES como do ES.

Este acompanhamento pedagógico constitui-se em uma estratégia de intervenção, não se limitando a atividades pontuais e punitivas, entendendo o processo avaliativo como um construto coletivo e constante, no qual Eesp, IES e ES compartilham responsabilidades na formação dos cidadãos e futuros profissionais de Saúde do estado. Por isso, as atividades desenvolvidas pela Eesp se desenvolvem através de encontros pedagógicos nas unidades de Saúde, de oficinas pedagógicas com todas as IES conveniadas ou ES da rede, além de aplicação de instrumentos de acompanhamento e avaliação.

Todas essas atividades objetivam estabelecer vínculos entre todos os participantes do processo, resolução de dificuldades encontradas e compartilhamento de experiências positivas no âmbito da integração ensino-serviço.

Considerações finais

Mudar processos instituídos e legislar para garantir a equidade no processo de utilização de campos da rede pública de Saúde não é tarefa fácil. No entanto, o árduo trabalho junto aos serviços e instituições de ensino tem dado legitimidade à prática de regulação de estágio, pactuando não apenas com os serviços sob gestão direta, mas já avançando para os de gestão indireta.

Este processo de convencimento e pactuação, além dos sistemáticos processos de Educação permanente, é uma prática contínua desenvolvida pela Eesp através da estratégia de acompanhamento pedagógico. Nestes encontros pedagógicos, são esclarecidos fluxos, trabalhadas concepções de Educação em Saúde, analisadas as viabilidades de ofertas de campos por categorias profissionais que nunca antes tinham sido oferecidas, assim como esclarecidas questões sobre preceptoría além do uso regular e qualificado do campo. Contudo, ainda persevera a dificuldade de cumprimento da supervisão dos estudantes durante o estágio supervisionado por parte de algumas IES, principalmente nos cursos de

modalidade à distância, o que sobrecarrega os trabalhadores do serviço e prejudica o processo formativo do estudante.

Os desafios que se impõem relacionam-se também à expansão da regulação estruturada para os estabelecimentos de Saúde da Rede Sesab localizadas no interior do estado, assim como a utilização da real capacidade de oferta de vaga dos serviços, onde se constata ainda haver suboferta de vagas.

A respeito da demanda de vagas pelas IES, tem-se configurado um cenário de ampliação destes pedidos por parte das IES de outros estados da Federação, trazendo mais um desafio a Eesp nesta regulação.

Com o avançar da legislação sobre estágio e a construção de uma cultura democrática e transparente de uso da res pública no estado, surge como consequência uma maior qualidade na formação em Saúde na Rede Sesab, bem como ampliação do compromisso das IES e satisfação dos trabalhadores envolvidos no processo, corroborando com a essência da formação em Saúde, a qualidade do cuidado ao usuário.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Política estadual de gestão do trabalho e educação permanente em saúde (PEGTES)*. Salvador, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Escola estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto. *Manual do Estágio Obrigatório na Rede Sesab*. Salvador: Sesab, 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Escola estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto. *Relatório semestral de regulação dos campos de estágio da Rede Sesab*. Salvador: Sesab, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Escola estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto. *Relatório semestral de regulação dos campos de estágio da Rede Sesab*. Salvador: Sesab, 2013.

BRASIL. *Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008*: dispõe sobre o estágio de estudantes. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei11788.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Formação em saúde no Estado da Bahia: uma análise à luz das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Saúde

Jamile Oliveira Lima¹
Marcio Lemos Coutinho²

Introdução

A Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (Eesp), reconhece a importância de investigar aspectos relativos aos perfis profissionais e aos processos pedagógicos da formação em Saúde no estado que auxiliem a compreensão e atuação no atendimento das necessidades técnicas, políticas e sociais relacionadas à construção de um novo “modelo” de atenção à Saúde. Nesse sentido, desenvolveu um projeto de pesquisa institucional que busca analisar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação em Saúde no estado da Bahia.

O referido estudo apresenta como principais objetivos:

- Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Saúde;
- Descrição da participação dos atores envolvidos no processo de incorporação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos analisados;
- Caracterização dos projetos político-pedagógicos dos cursos.

1 Assistente social. Mestre em Saúde Pública. Coordenadora de Ensino, Estudos e Pesquisa da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Eesp/SUPERH/Sesab).

2 Fonoaudiólogo. Especialista em Saúde da Família e mestre em Saúde Coletiva. Coordenador Técnico da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SUPERH/Sesab).

A busca ou construção de estratégias, que direta ou indiretamente sirvam para analisar o processo de formação, pode motivar outros estudos que contribuam para criação de oportunidades de mudanças na formação profissional. Segundo Paim (1994, p. 64),

[...] pensar o tema recursos humanos em saúde exige não apenas o refinamento das ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para a apreensão dessa dimensão da realidade, mas, sobretudo, a capacidade de análise para identificar, além de problemas, oportunidades e a criatividade estratégica para construir saídas políticas numa arena constituída por constelação de obstáculos.

Nesse sentido a autonomia relativa de que gozam as instituições acadêmicas poderia, portanto, ser acionada na perspectiva de mudança, sobretudo em conjunturas nas quais as políticas de Saúde e a reorganização dos serviços demandam por novos profissionais de Saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais

O debate sobre as competências na formação de recursos humanos em Saúde (RHS) para o SUS ocupa temática estratégica da discussão da política de Saúde no Brasil há pelo menos trinta anos. No entanto, a qualidade do debate e da produção intelectual na área não resultou na institucionalização de ações transformadoras no setor. Segundo Paim (2006), a necessidade de implementação dos princípios da Reforma Sanitária exige, além de outros aspectos, uma reformulação do processo de formação e da prática profissional em Saúde, o que coloca para as instituições formadoras a responsabilidade e o desafio de redefinirem os “modelos” de formação. Aprofunda-se a necessidade do desenvolvimento de perfis profissionais capazes de atuarem em prol das mudanças necessárias nos modelos de atenção e de gestão da Saúde para fortalecer ou operacionalizar o princípio da integralidade, enquanto diretriz para a organização do SUS. Nesse sentido se reconhece o papel importante da Universidade, não apenas no seu perfil de ensino e investigação, mas, sobretudo, como uma estrutura capaz de sustentar o projeto político-cultural da Reforma Sanitária. Mesmo que ainda de forma não hegemônica, a Universidade dispõe em seu espaço acadêmico de aliados significativos para essa efetivação. Quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as profissões da área de Saúde mobilizaram-se de

maneira expressiva, uma vez que as instituições de ensino superior foram convocadas a apresentarem propostas para a elaboração das diretrizes para todas as carreiras de ensino superior. (REDE UNIDA, 1999)

Na área do ensino, as novas DCN foram um importante passo para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para a organização de cursos e favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) A aprovação das novas DCN para os 14 cursos da área da Saúde vem requerendo mudanças no ensino superior. Estas se expressam pela introdução de inovações metodológicas e pela busca de novos cenários de práticas que permitam transformar as relações de ensino-aprendizagem, formar sujeitos autônomos, críticos e reflexivos, com competências e habilidades exigidas para atuar na realidade concreta. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da Saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e homologadas pelo Ministério da Educação (MEC) a partir de 2001, buscavam orientar mudanças na graduação dos profissionais de Saúde com o objetivo de garantir a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. A formulação das DCN faz parte da própria reforma da Educação superior dos profissionais de Saúde, tratando-se portanto de um processo histórico, fruto de diferentes momentos e espaços políticos ideológicos. No aperfeiçoamento das propostas para todas as áreas que integram a Saúde, foram incorporados outros aspectos expressos nos documentos, adotando-se formato preconizado pelo Parecer do CES/CNE Nº 583/01:

- Perfil do formando, egresso/profissional
- Competências e habilidades
- Conteúdos curriculares
- Estágios e atividades complementares
- Organização do curso
- Acompanhamento e avaliação

A definição do perfil do graduando possibilitaria a discussão direcionada a uma abordagem mais ampla, incluindo o que se deseja que ocorra no processo educacional e delineando, através do projeto pedagógico, as competências, co-

nhcimentos e habilidades. O ato de indicar para as instituições de ensino a necessidade de acompanhamento e avaliações permite permanentemente um processo de revisão do ensino e do modelo pedagógico. Segundo Maranhão (2003), ao aprovar as Diretrizes Curriculares, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação estipulou também seus princípios, recomendando que fossem contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, constituindo orientações a serem adotadas por todas as instituições de ensino na elaboração de seus currículos:

- Fortalecimento da articulação entre teoria e prática
- Orientações para avaliações periódicas do processo ensino-aprendizagem
- Incentivo à formação geral.

De acordo com o documento homologado pelo Ministério da Educação, encomendou-se ênfase aos conceitos de Saúde e aos princípios e diretrizes do SUS, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90, como destacado no objeto e objetivo das diretrizes curriculares respectivamente citados abaixo:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira.

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde à aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2002)

As diretrizes seriam a expressão do compromisso que as mudanças necessárias na formação teriam ao propor responsabilização social por parte das universidades nos campos da Saúde e da Educação, já que o contexto de sua mo-

dulação se deu no bojo de interesses e orientações articulados à construção de um sistema público de Saúde democrático e tendo como referência a busca pela universalidade e integralidade da atenção. As diretrizes curriculares, portanto, podem servir de referência para as discussões referentes à formulação, desenvolvimento e avaliação do projeto político-pedagógico dos cursos, sem ter a função de estabelecer currículos e formatos para os mesmos. No exercício de sua autonomia, as instituições de ensino poderiam formular e organizar projetos pedagógicos, estratégias e modos de fazer articulados às demandas da sociedade brasileira e às necessidades locais em que se inserem. Nesse sentido, reorientando a formação de recursos humanos, poderiam criar possibilidades de construir um modelo de atenção à Saúde que contemplasse práticas sanitárias relacionadas a um conceito ampliado de Saúde. A necessidade de construção de modelos pedagógicos que articulem excelência técnica e relevância social na busca da integralidade da Saúde ressalta a importância da construção de indicadores para o acompanhamento e avaliação das reformas curriculares desencadeadas após a formulação das diretrizes curriculares nacionais, uma vez que, no interior das instituições, eles podem orientar a reflexão crítica e induzir mudanças.

Estudo de caso: a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nas escolas de fonoaudiologia no estado da Bahia

O ensino fonoaudiológico

Nos anos 1970, tiveram início os movimentos pelo reconhecimento dos cursos e da profissão. Em 1976, foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação o 1º currículo mínimo para o curso de Fonoaudiologia. O profissional formado por este currículo valorizava o tecnicismo, buscando, assim, a reabilitação das manifestações patológicas da linguagem. Durante a década de 1970 e início de 1980, em todo o Brasil, os cursos de Fonoaudiologia formavam tecnólogos e tinham uma duração de 2 anos e seis meses, com carga horária de 1.800 horas/aula. Por força da Lei de nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981, a profissão de fonoaudiólogo foi regulamentada e reconhecida em todo o território nacional.

Entre as décadas de 1970 e 1980, alguns fonoaudiólogos iniciam suas atividades no serviço público, via secretarias de Educação e Saúde, com trabalhos isolados e atividades específicas, sem uma proposta abrangente que norteasse o serviço, não se observando efetividade no trabalho proposto. (MOREIRA; MOTA, 2009) Em resolução posterior (06/83), o Conselho Federal de Educação transforma todos os cursos de formação de tecnólogos em “cursos de gradua-

ção plena em Fonoaudiologia”, equivalente ao bacharelado, exigindo, com isso, uma reformulação curricular em todos os cursos existentes. Este novo currículo mínimo, contudo, ainda mantinha uma forte influência do tecnicismo. Iniciou-se, então, uma ampla discussão em torno do currículo do curso, abrindo caminhos para se questionar um novo rumo para a Fonoaudiologia. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 1996) No início da década de 1990, a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo passou a ser alvo de fortes discussões. Em 9 de dezembro de 1981, foi sancionada, pelo então presidente João Figueiredo, a Lei nº 6965, que regulamentou a profissão de fonoaudiólogo, após anos de mobilização e luta por reconhecimento. Além de determinar a competência do fonoaudiólogo, foram criados os conselhos federal e regionais de Fonoaudiologia, tendo como principal finalidade a fiscalização do exercício profissional. Ainda no final dessa década, em 1998, o MEC, através de uma comissão de especialistas na área e com a participação das instituições de ensino, inicia a elaboração das novas DCN para os cursos de Fonoaudiologia, objetivando atender às grandes mudanças e aos avanços dessa ciência. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de Saúde, que, incluindo o curso de Fonoaudiologia, preocupa-se essencialmente em garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições atuais de exercício profissional. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2002) Estruturam-se assim os conteúdos concernentes às especificidades da Fonoaudiologia: audição, linguagem oral e escrita, voz, fala, fluência e sistema miofuncional orofacial e cervical. Na área da Fonoaudiologia, a partir da promulgação das DCN em 2002, muitos cursos de graduação vêm realizando mudanças curriculares na busca de se alinharem ao perfil profissional definido pela área. As diretrizes têm sido também objeto de análise do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes/Inep) e tema relevante de fóruns de ensino, organizados pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Academia Brasileira de Audiologia (ABA) e pelos conselhos regionais e Federal. (TRENCH; BARZAGHI; PUPO, 2008) A profissão “fonoaudiólogo” ainda está em fase de definições e delimitações não só no Brasil, mas em vários países. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 1996) Segundo Bacha e Osório (2004), o ritmo e a forma das mudanças são determinados não só pelo contexto intrínseco da Fonoaudiologia, com suas produções científicas e práticas conquistadas, mas por um contexto maior, determinado pela realidade social, política e econômica, historicamente explicada. No exercício de sua

autonomia, as instituições de ensino poderiam formular e organizar projetos pedagógicos, estratégias e modos de fazer articulados às demandas da sociedade brasileira e às necessidades locais em que se inserem. Nesse sentido, reorientando a formação de recursos humanos e, em especial, na Fonoaudiologia, poderiam criar possibilidades de construir um modelo de atenção à Saúde que contemplasse práticas sanitárias relacionadas a um conceito ampliado de Saúde.

Metodologia do estudo

A estratégia de pesquisa do estudo teve como desenho o estudo de caso múltiplo com 5 cursos. (YIN, 2006) O estudo de caráter exploratório e qualitativo buscou investigar a implantação das DCN nos cursos de graduação em Fonoaudiologia no estado da Bahia. Procurou-se analisar o contexto sócio-histórico e as possíveis relações entre princípios políticos pedagógicos, diretrizes e o processo de implantação das mesmas.

O momento empírico da pesquisa foi desenvolvido em duas etapas, a saber: análise documental do conteúdo político-pedagógico das DCN e dos projetos político-pedagógicos dos cursos (dados secundários) e entrevistas semiestruturadas com os seguintes sujeitos: 5 gestores, cada um sendo coordenador de cada curso, 10 professores, sendo 2 de cada curso, em que um é ligado às disciplinas da área clínica e um ligado às disciplinas do campo da Saúde coletiva, e 5 alunos, sendo um de cada curso, preferencialmente representantes dos centros/diretórios acadêmicos.

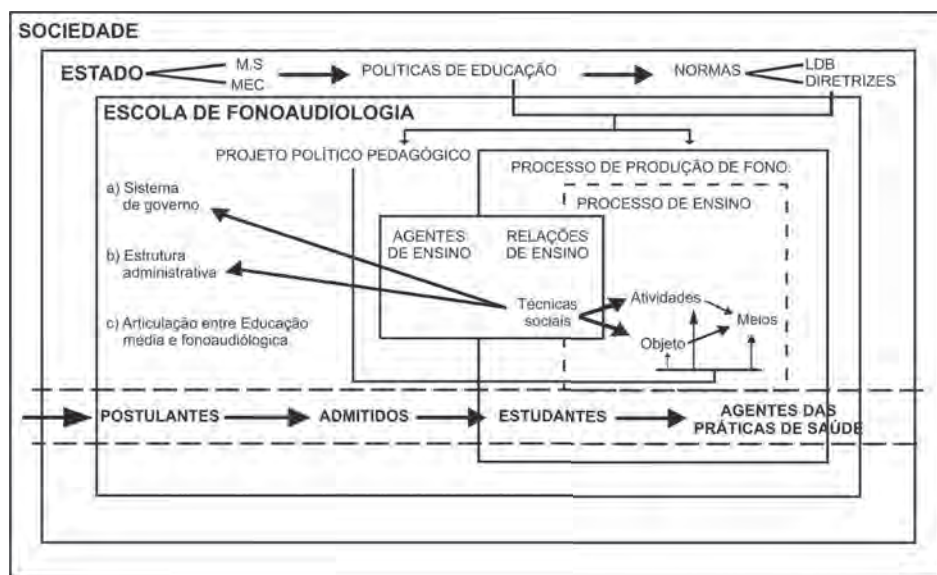
O documento das DCN contém em linhas gerais o perfil profissional, o conjunto de competências e o rol de conteúdos que deverão ser ministrados, orientando a organização dos projetos político-pedagógicos e seus currículos, servindo inclusive de referência para as avaliações dos cursos. A análise das propostas centrais contidas nas DCN possibilitou uma compreensão maior sobre as potencialidades e dificuldades de sua implantação. Os projetos político-pedagógicos, por sua vez, identificam de que forma os conteúdos das DCN são incorporados.

Foram realizadas entrevistas com atores que supostamente possuíam alguma responsabilidade ou participação na incorporação das DCN. A etapa de coleta de dados contemplou questões desenvolvidas no quadro teórico de referência.

O estudo de Juan Cesar Garcia, ao analisar a Educação médica na América Latina (GARCIA, 1972), apresenta a tese de que o saber e a prática no campo da Saúde são articulados com a transformação histórica do processo de produção

econômica. O enfoque teórico representado no esquema a seguir foi utilizado para analisar a incorporação das Diretrizes Curriculares de Fonoaudiologia aos cursos de graduação de escolas no estado da Bahia e para interpretação dos dados da pesquisa, sendo o processo de produção de fonoaudiólogos o conceito básico adotado no presente estudo.

Figura 1 - Modelo teórico da investigação



Fonte: Adaptado de Garcia (1972).

A escola de Fonoaudiologia, segundo o esquema, é a forma particular de organização, com estrutura administrativa própria e um sistema de governo separado das instituições de práticas/atenção fonoaudiológicas, característicos de nossa época, responsável pelo “modo de produção” dos fonoaudiólogos. É essa organização que por vezes impede a passagem de um modo de produção de agentes das práticas de Saúde para outro.

Na análise do processo de produção de fonoaudiólogos podem ser identificados dois componentes inseparáveis, sendo que a forma institucional que adquire um determinado “modo de produção” de fonoaudiólogos constitui a superestrutura do processo, e as relações de ensino, sua infraestrutura. O processo de produção do fonoaudiólogo constitui um conceito básico do quadro teórico, conformando-se como a própria estrutura educacional.

O processo de ensino pode ser definido como o conjunto de momentos pelos quais o estudante passa ao se transformar em fonoaudiólogo. Neste processo distinguem-se: atividades, meios e objetos de ensino. Já as relações de ensino expressam os vínculos estabelecidos entre as pessoas que participam do processo de produção dos fonoaudiólogos, que são técnicas e ao mesmo tempo sociais.

Resultados

Diretrizes Curriculares Nacionais

No Art. 2º das DCN dos cursos de graduação em Fonoaudiologia (BRASIL, 2002), são apresentados os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fonoaudiólogos para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos.

As diretrizes delineiam o perfil do fonoaudiólogo ao concluir a graduação como sendo o “[...] profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. (BRASIL, 2002) Em seu Art. 5º, parágrafo único, a formação do fonoaudiólogo deverá “[...] atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”. (BRASIL, 2002)

De acordo com o Art. 6º, os conteúdos essenciais para os cursos devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, além de integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fonoaudiologia. Por outro lado, o Art. 7º dispõe sobre a carga horária mínima do estágio curricular supervisionado, que deverá atingir 20% da carga total prevista para o curso, estabelecendo que deva ocorrer, prioritariamente, nos dois últimos anos de formação, com a maioria dessas atividades realizadas na clínica-escola, adequadamente equipada para tal finalidade.

A centralidade colocada na abordagem relacionada a todo processo saúde-doença parece encontrar oposição na proposição que destaca como finalidade a assimilação de uma prática profissional centrada em aspectos estritamente clínicos. Em relação à estruturação do curso, segundo o Art. 13º, exige-se que o curso deva garantir uma organização curricular organizada em eixos de formação que levem a um desenvolvimento coerente e gradual, de modo a garantir a complexidade da formação pretendida, orientada por “[...] estreita e concomitante relação

entre teoria e prática, ambas fornecendo elementos básicos para a aquisição dos conhecimentos e habilidades necessários à concepção clínica – terapêutica da prática fonoaudiológica. (BRASIL, 2002) Ao serem construídas com a participação das escolas de Fonoaudiologia, as DCN conferem compromisso e responsabilidade a essas escolas em desencadear processos, elaborar estratégias e implementar mudanças, conforme destacado no Art. 14º:

[...] a implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. (BRASIL, 2002)

Houve certo consenso entre os entrevistados quanto ao fortalecimento da formação generalista sem, contudo, identificar qual significado desta compreensão para a formação do fonoaudiólogo. Apesar de reconhecer a importância do documento, um dos professores faz uma ressalva em relação a ele: *“O documento é um papel e entre a realização dele existe um oceano. O SUS tá aí pra gente ver... o SUS é muito lindo na teoria, mas a prática dele não é bem isso”* (professor.coletiva.instituição.1).

Explicitou-se o desafio, de maior abrangência, de considerar que a ação de implantar as DCN exige conhecimentos e habilidades específicas relativas aos perfis profissionais, aos processos pedagógicos e, em última instância, à direcionalidade da política educacional em Saúde.

Processo de ensino

A consulta aos projetos pedagógicos durante a análise documental permitiu identificar alguns aspectos e características predominantes deles, analisando também em que medida os conteúdos das DCN estariam sendo incorporados no cotidiano das instituições.

Atividades de ensino

No Quadro 1 podem ser identificadas algumas das características dos planos de ensino analisados.

Quadro 1 – Características dos projetos político-pedagógicos

Instituições de ensino/ categorias	Inst. 1	Inst. 2	Inst. 3	Inst. 4	Inst. 5
Objeto	Doença e agravos	Doença e agravos	Doença e agravos	Doença e agravos	Doença e agravos
Marco conceitual	Não definido	Não definido	Não definido	Não definido	Não definido
Contato com pacientes	Últimos semestres	Últimos semestres	Últimos semestres	Últimos semestres	Últimos semestres
Metodologias	Aulas expositivas Caso clínico Estudo dirigido Seminários	Aulas expositivas Caso clínico Estudo dirigido Seminários	Aulas expositivas Seminários	Aulas expositivas Caso clínico Situações-problemas Seminários	Aulas expositivas Caso clínico Seminários
Papel do professor	Transmissor de conhecimentos	Transmissor de conhecimentos	Transmissor de conhecimentos	Transmissor de conhecimentos	Transmissor de conhecimentos
Experiências de aprendizagem	Aulas teóricas Aulas práticas em laboratório de anatomia Aula prática em ambulatório Atendimento clínico individual/grupo na clínica-escola Atendimento em centros auditivos Monografia/TCC	Aulas teóricas Aulas práticas em laboratório de anatomia Visita a áreas de empresas Atendimento clínico individual/grupo na clínica-escola Atendimento em centros auditivos Monografia/TCC	Aulas teóricas Atendimento clínico individual na clínica-escola Monografia/TCC	Aulas teóricas Aulas práticas em laboratório de anatomia Visitas a creches e escolas Atendimento clínico individual/grupo na clínica-escola Monografia/TCC	Aulas teóricas Aulas práticas em laboratório de anatomia Visitas a creches e escolas Visita a centros auditivos Observação de atendimentos Atendimento clínico individual/grupo Monografia/TCC

No que se referem às atividades desenvolvidas, os planos de ensino analisados apresentam como principal estratégia de ensino-aprendizagem aulas expositivas e o desenvolvimento de atividades práticas de seminários em todos os cursos. A apresentação e discussão de casos clínicos só não é utilizada como estratégia de ensino na instituição 3.

Ainda foram relacionadas, nas instituições 1 e 2, as estratégias das práticas de estudos dirigidos como forma de apreensão dos conteúdos. Já a instituição 4

foi a única a relacionar nos seus planos de ensino “situações-problemas” como possibilidade ou recurso facilitador dos processos de aprendizagem e da construção do conhecimento.

As atividades de ensino predominantes explicitam de alguma forma o papel que o professor deveria assumir na sala de aula: transmissor de conhecimento, expressa na limitada utilização de estratégias pedagógicas voltadas à problematização da prática profissional. No entanto, as recomendações das DCN colocam o professor enquanto facilitador do processo de aprendizagem, tendo o estudante como sujeito ativo do processo.

No que se refere ao conteúdo curricular, observam-se planos de ensino voltados à solução dos problemas da pessoa doente, tratando de “remediar” os agravos no período mais avançado de sua história natural. Nesse sentido, as disciplinas estariam destinadas a transmitir conhecimento científico relacionadas a esta etapa, desconsiderando as DCN ao preconizarem que a formação deve considerar o processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, contemplando ações de prevenção de doenças e promoção, recuperação e reabilitação da Saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

Em relação às atividades realizadas no processo de ensino um dos estudantes entrevistados relata que:

[...] a gente não percebe essa preocupação de estar formando profissional com liderança, que se preocupe muito com educação permanente. O que a gente percebe é passar a informação e dificilmente discute muito esses assuntos, é mais teoria. Dificilmente a gente tem discussões sobre como um profissional deve agir, liderança, comunicação, essas coisas (estudante/instituição 1).

Ainda em relação às metodologias de ensino e experiências de aprendizagem, destaca que:

[...] teoria e prática deve ser o mais próximo possível, isso a gente não percebe muito, o que a gente percebe é uma gama de conhecimentos no início do curso que muitas vezes a gente chega nos estágios e não serve absolutamente pra nada e outras coisas que a gente acha muito mais importantes a gente não percebe muito (estudante/instituição 1).

Percebe-se certo distanciamento entre o perfil e as propostas contidas nas DCN, bem como nos projetos pedagógicos e a percepção do aluno quanto ao que é realizado no cotidiano da instituição.

Nesta mesma instituição, o coordenador destaca as principais lacunas que considera haver no currículo do curso:

[...] a questão da promoção da saúde, da prevenção, da atenção primária e do perfil, desse currículo antigo são os grandes problemas. A gente não formava aluno para atuar na atenção primária. [...] de ponto de vista nenhum, não instrumentalizava, não discutia, não tinha nada para atenção primária, pra promoção da saúde e não formávamos generalista (coordenador/instituição 1).

Em relação a esta questão, um dos professores menciona algumas das alterações que estão sendo feitas para superar estas dificuldades:

[...] A gente tentou agora nessa segunda possibilidade equilibrar as áreas de Fonoaudiologia, né? A gente viu naquele momento que tinham algumas áreas que estavam com um déficit maior em termos de carga horária como a saúde coletiva. A gente conseguiu que, por exemplo, saúde coletiva que tinha uma carga horária menor, acabou ampliando, então acho que foi um avanço deste novo currículo (professor/clínica/instituição 1).

A questão da integração da Saúde coletiva com a totalidade do ensino fonoaudiólogo apresenta-se ao longo das entrevistas analisadas como uma possibilidade importante de trabalho conjunto com outras áreas. Ao tempo em que se apresenta como uma proposta de trabalho, o conceito de integração traz implícito certo valor estratégico que precisa ser melhor analisado.

Os fatores que orientam ou influenciam o crescimento e desenvolvimento saudável do ser humano parecem perder importância frente à ênfase que a formação fonoaudiológica concede às consequências e interrupção do crescimento e desenvolvimento normais.

Quanto à organização dos conteúdos, percebe-se que são ministrados na maioria das vezes em um só período, dificultando o seu desenvolvimento em graus de complexidade, o que permitiria o estudante acumular os conhecimentos de forma progressiva ao longo do curso.

A ausência de um marco conceitual claro e explícito, que permitisse o estudante utilizá-lo como uma espécie de guia durante seus estudos e prática profissional, também foi um dos aspectos identificados. Nesse sentido, as matérias e disciplinas, bem como sua localização no plano de ensino, não coincidem com um marco conceitual explícito e, assim, não tem como objetivo desenvolvê-lo e reforçá-lo.

Foi identificado pouco contato dos estudantes com as unidades e serviços de Saúde das redes municipais e estaduais de Saúde, sendo predominante o desenvolvimento de atividades em clínicas-escola e centros auditivos. Parte dos professores destacou a dificuldade de estar viabilizando práticas e estágios fora da instituição de ensino e na rede regionalizada e hierarquizada de Saúde. Como obstáculo ao processo de ensino-aprendizagem em umas das instituições foi destacado que:

[...] a instituição deixou de ser faculdade e recebeu o título de centro universitário, mas ainda assim é uma instituição que não investe em pesquisa. A gente não tem pesquisa, tanto que é uma instituição que não é cotista na Fapesb e dentro do curso a gente não tem mais um trabalho de conclusão do curso no formato de pesquisa, o aluno apresenta somente um caso clínico. Então eu acho que isso vai totalmente contra o discurso da instituição, uma vez que é centro universitário e não investe em pesquisa (Coordenador/instituição 2).

Para um dos coordenadores a capacitação docente para os processos de mudanças pode ser um potencializador ou até mesmo um dos obstáculos:

[...] O material humano é uma das facilidades e ao mesmo tempo é uma das dificuldades. A maioria dos professores teve uma formação muito tecnicista, muito voltada pra atender individualmente algumas pessoas em consultórios, em clínicas particulares, é uma realidade bastante distante do que as DCN têm preconizado hoje em dia (Coordenador/instituição 2).

Ainda segundo o coordenador, algumas modificações vêm acontecendo a partir da sensibilização de alguns docentes que experimentam possibilidades de mudanças dentro da sala de aula e que muitas vezes não refletem o que está colocado nos projetos pedagógicos e ementas das disciplinas:

[...] o grande obstáculo é justamente a necessidade de sensibilização para as mudanças, não é fácil sensibilizar. Não tem como a gente dizer: olha agora é assim e botar no papel que vai ser assim e não ser. [...] acho que os documentos que temos não traduzem muitas vezes coisas inovadoras que são feitas em sala de aula, mas que não tá posto no papel (Coordenador/instituição 2).

Os principais obstáculos identificados pelos entrevistados em relação ao processo de implantação das DCN são:

- Dissociação entre teoria e prática;
- Desarticulação entre área clínica e de Saúde coletiva;
- Incipiente integração ensino-serviço
- Formação docente tecnicista e ausência de processos de Educação permanente;
- Visão normativa sobre as DCN;
- Ênfase nos aspectos clínicos e patológicos do processo saúde-doença;
- Relações assimétricas de poder dentro das instituições.

A posição assumida pelos professores, além de indicar a forma como estão estruturados os planos pedagógicos e suas atividades, coloca pouca possibilidade deles serem acionados pelos estudantes para resolução de problemas práticos ou diante da necessidade de sistematizar questões relacionadas a uma determinada área do conhecimento.

Meios de ensino

Como meios de ensino mais utilizados por todos os cursos, foram identificados recursos tecnológicos como *datashow*, lâminas de transparência e vídeos, além de peças anatômicas. Constatou-se incipiente integração dos cursos com atividades destinadas a transformar a realidade do setor Saúde desde os primeiros semestres, indicando baixa consolidação de parcerias possíveis e necessárias com os sistemas locais de Saúde.

No que se refere à carga-horária, o predomínio observado das disciplinas clínicas pode estar relacionado ao próprio objetivo preconizado pelos cursos, com ênfase nas terapias de reabilitação, assinalando reduzido tempo destinado às disciplinas e conteúdos da Saúde coletiva, como se constata na Tabela 1. Ainda referente ao tempo do ensino, é prevista a execução das atividades, conteúdos e disciplinas em carga-horária elevada ao longo dos semestres, todas elas com algum tipo de avaliação, o que exigiria certo grau de investimento na preparação para os exames.

Tabela 1 - Distribuição da carga-horária dos cursos de Fonoaudiologia (Bahia) em 2009

Instituição de ensino/ carga-horária	Inst. 1	Inst. 2	Inst. 3	Inst. 4	Inst. 5	Média
Teórica	1410	2865	-	2.910	2.322	2.377
Prática	2460	1485	-	670	1.890	1.626
Total	3870	4305	3.456	3.580	4.212	3.894
Saúde coletiva	289	240	180	280	320	262
Saúde coletiva/total	7,5%	5,6%	5,2%	7,8%	7,6%	6,7%

Em relação ao conteúdo do campo da Saúde coletiva, que não chega a alcançar ao menos 10% da carga-horária total dos cursos, foi identificada uma variação das disciplinas, conforme consta no Quadro 2.

Quadro 2 - Disciplinas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva

Instituições de ensino/	Inst. 1	Inst. 2	Inst. 3	Inst. 4	Inst. 5	
Disciplinas teóricas	Introdução à Saúde pública	Ciências sociais em Saúde	Introdução à Saúde pública	Saúde coletiva	Saúde coletiva	
		Introdução à Epidemiologia		Epidemiologia		
		Saúde do trabalhador		Fonoaudiologia preventiva		Fonoaudiologia preventiva
	Audiologia preventiva		Educação em Saúde	Fonoaudiologia hospitalar	Saúde do Trabalhador	Audiologia preventiva
					Fonoaudiologia hospitalar	
		Fonoaudiologia e distúrbios psiquiátricos				
Disciplinas práticas	Estágio em Saúde pública			Estágio em Fonoaudiologia preventiva	Estágio em Fonoaudiologia preventiva	

Com base nas informações presentes nesse quadro, a temática da Saúde do trabalhador/Audiologia preventiva só não consta em uma das instituições,

aquela identificada como 3. A Fonoaudiologia hospitalar encontra-se presente em duas instituições (3 e 4). Entretanto os conteúdos relacionados à Saúde mental, aspecto diretamente relacionado à aquisição e desenvolvimento normal da linguagem, só está presente em uma das instituições de ensino (4).

Segundo um dos coordenadores, apesar da carga-horária relacionada às disciplinas de Saúde coletiva representar apenas 7,8% da carga-horária total, ele defende que:

[...] Todas as áreas estão sendo contempladas da mesma maneira, a gente não faz diferenciação mesmo. [...] o perfil da instituição segue estritamente o que as diretrizes colocam, preconizam. Ele tem sua área dividida nas áreas da atuação da “fono”, então todas as áreas são contempladas, não existe uma área com enfoque maior ou menor (Coordenador/instituição 4).

No que se refere à organização das atividades práticas e teóricas, uma predominância analisada tenderia a reforçar a ênfase na atenção individual e na doença, a partir de práticas curativas de natureza biológica e com ênfase na especialização, destacando pouca atenção a ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Em relação à possibilidade de articulação das diversas áreas da Fonoaudiologia com o campo da Saúde coletiva, uma das professoras entrevistadas informou que:

[...] já foi definido que cada disciplina teórica deveria contemplar a saúde coletiva de uma forma geral, mas acho que isso depende de interesse e busca pessoal. Eu acho que talvez tenham alguns professores com interesse em ter ferramentas para inserir isso como um tema da sua disciplina, digamos assim, mas eu acho que os professores tem poucas ferramentas inclusive. Eu acho que teria que ter uma base curricular, um projeto político-pedagógico que de fato se comprometesse com tal mudança e capacitasse os professores como está inserido metodologias. Eu acho que a mudança teria que ser mais radical (Professor/coletiva/instituição 1).

Ainda em relação à inserção das disciplinas e conteúdos de Saúde Coletiva no curso, ela informou que:

[...] saúde coletiva foi inserida no currículo pela avaliação do Inep, não foi uma coisa que os professores decidiram não. [...] O Inep veio aqui e aí foi avaliar a gente, foi avaliar os

professores também e foi avaliado o currículo e viu que faltava uma disciplina da saúde coletiva e sugeriram na época que um professor se direcionasse pra a saúde coletiva.

[...] era uma coisa que eu já vinha falando, já vinha observando, mas só o INEP legitimou isso e aí começou a ocorrer (Professor/coletiva/instituição 1).

Esta situação pode indicar que algumas das mudanças podem estar ocorrendo em virtude de recomendações e normatizações externas sem o amadurecimento da reflexão do processo educativo que levasse os representantes do pensamento hegemônico a se convencerem de que algo precisa mudar, o que explicaria em parte resultados desfavoráveis nas tentativas de mudança na formação em Saúde.

O contato reduzido com os conteúdos e práticas da Saúde coletiva, segundo um dos entrevistados, pode contribuir para resistências e contraposições como explicitado a seguir:

[...] Eles ficam mais preocupados em ver a patologia do que propriamente a saúde coletiva. Como a gente não tem o campo, como um atrativo e uma forma de ele jogar o que vê na teoria para prática e conseguir correlacionar isso com a Fonoaudiologia eu sinto que as disciplinas tanto Saúde Coletiva como Fonoaudiologia Preventiva ficam soltas (Professora/coletiva/instituição 4).

Enquanto facilitador do processo de implantação das DCN e da problematização da formação, foi destacado por um dos professores que:

[...] A facilidade seria que tem um instrumento que legitima de certa forma o que você está dizendo, tem assim alguma coisa que te respalde. [...] a própria mudança na lógica da universidade, termos que pensar a Universidade Nova. [...] pensar abrir mais pra comunidade também, acho que isso facilita.

No que diz respeito à avaliação do processo de aprendizagem, apesar de ocorrer, parece que ainda precisa ter maior periodicidade e se tornar instrumento de planejamento dos cursos.

[...] não é mais semestral é anual, a gente responde sim um questionário de qualidade do ensino, mas até o presente momento, já tem em torno de 3 anos, não tem ainda nenhum retorno. A gente não escuta falar especificamente o que é que ta melhorando, o que é que não está bom. [...] a mesma coisa é o resultado dessa prova dos alunos, a gente viu

o resultado, mas até o presente momento a gente não teve nenhum feedback da direção (Professora/coletiva/instituição 4).

Objeto de ensino

Elemento importante que deveria interferir ativamente no processo de ensino é o estudante de Fonoaudiologia, porém sua postura relativamente dependente nas propostas de ensino vigentes permite analisá-lo mais como objeto do que sujeito da ação.

De acordo com os documentos das instituições, o enfoque nos aspectos curativos e técnicos consta tanto nos objetivos quanto no próprio perfil preconizado pelos próprios cursos:

[...] formar e capacitar profissionais para atuarem nas áreas de terapia audiológica, prevenção e estética fonoaudiológica, utilizando-se métodos e técnicas científicas que valorizem o sentido humanístico na produção do saber (Instituição 1).

[...] promover a atualização técnico – científica nas áreas da linguagem, fala audição e voz (Instituição 2).

Segundo a instituição 4, o objetivo do curso é que o aluno conceba a profissão como uma atividade especializada e de caráter permanente. Em uma das instituições, entretanto, foi apresentada uma proposta de formação com ênfase na atenção básica:

[...] O curso tem como objetivo formar fonoaudiólogos conscientes da dimensão social da prática do profissional de saúde nas modernas concepções da atenção básica à saúde conforme indicações propostas pela OMS, OPAS e órgãos oficiais da Saúde nacionais e internacionais (Instituição 3).

Com relação ao perfil do egresso, foram identificadas diferentes proposições. Em algumas instituições, parece haver ênfase nos conhecimentos técnicos do campo da Fonoaudiologia e nas técnicas e procedimentos de reabilitação:

[...] profissionais habilitados a exercerem suas atividades nos diferentes níveis de atuação da Fonoaudiologia, conduzindo-os à incorporação de conhecimento que fundamenta as técnicas da Fonoaudiologia e ao domínio dessas técnicas (Instituição 1).

[...] profissional capaz de desenvolver atividades em consultórios e clínicas, realizando avaliação, diagnóstico e terapia de linguagem, voz e audição. Orienta clientes na área de patologia da linguagem e audiolgia, realizando atividades de prevenção das etiologias dos estudos da comunicação humana, elaborando e conduzindo programas de habilitação e reabilitação de portadores de distúrbios da comunicação (Instituição 2).

Entretanto, outras instituições dão destaque às possibilidades de atuação em atividades de prevenção dos distúrbios da comunicação, inclusive fazendo referência a um perfil profissional com base generalista e pautado em aspectos sócio culturais e científicos.

[...] o profissional formado terá plena capacidade de atuar na prevenção, avaliação diagnóstico e (re)habilitação dos diversos distúrbios da comunicação humana na criança, no adulto e no idoso (Instituição 3, 5).

[...] formar fonoaudiólogos com uma base generalista em saúde, acrescido de um aprendizado profissionalizante inserido no contexto sócio cultural e científico de âmbito local, regional e nacional (Instituição 5).

Relações de ensino

As relações de ensino são as conexões ou vínculos que são estabelecidos entre as pessoas que participam do processo de produção dos fonoaudiólogos e resultam do papel que estes indivíduos desempenham no próprio ensino. No processo de formação dos fonoaudiólogos, se estabelecem relações técnicas e sociais entre os agentes e o processo de ensino e entre as diversas categorias em que eles se dividem. O grau de controle dos professores e dos estudantes sobre o processo de ensino ou o grau de autoridade que uns tem sobre os outros são exemplos destas relações.

Os agentes de ensino participam da educação fonoaudiológica ocupando determinadas posições que podem variar conforme o modo de produção do fonoaudiólogo. O mais característico dos agentes de ensino atualmente é o professor universitário.

Um dos coordenadores destaca como potencialidade para implantação das DCN a participação e envolvimento de parte dos docentes como possibilidade de construção de novas práticas:

Eu acho que em termos de facilidades não são muitas, mas pelo menos para um grupo de professores eles já estão imbuídos deste espírito. [...] aos poucos, mesmo que a reforma não aconteça depois como um todo, tem buscado implementar em suas atividades essas iniciativas, ou pensado em uma forma de educar diferente, de desenvolver os conteúdo de uma forma diferente (Coordenador/instituição 2).

Além de mobilização, precisar-se-ia identificar nas instituições de ensino capacidade de elaboração para produzir projetos pautados em alternativas conceituais e capazes de substituir o modelo tradicional de formação.

A busca por uma forma de “educar diferente” poderia se referir à possibilidade de construção coletiva do conhecimento através da problematização conjunta de experiências individuais, a qual só aconteceria através do diálogo. Assim sendo, a prática educativa poderia constituir-se em uma relação horizontal e participativa, permitindo superar a contradição entre professor e aluno.

No que se refere à participação de docentes e discentes neste movimento de implantação das DCN, destaca-se que:

[...] a gente formou uma comissão de implementação das diretrizes curriculares, antes da reforma começar que esta baseada nas diretrizes e essa comissão é composta igualitariamente por docentes e discentes, nós temos quatro professores e quatro estudantes que o DA (Diretório Acadêmico) eleito nomeia. [...] a comissão de reforma curricular é a comissão que busca a implementação dessas diretrizes no curso (coordenador/instituição 2).

Para uma professora entrevistada de outra instituição:

[...] essa participação dos professores é intensa, os alunos eles têm sempre o representante estudantil que é convidado e às vezes participa outra hora não, em virtude até de aula né? e de estarem sendo mesmo avisados de qual vai ser o horário das reuniões (professora.coletiva.instituição 1).

Ao pontuar a importância da participação dos estudantes neste processo, a coordenadora da instituição 2 afirma que:

Os próprios estudantes têm estudado este documento (DCN) dentro do DA, mas a gente sabe que nem sempre a participação é muito presente, ela é mais em representação e menos em número, em quantidade de pessoas. [...] então nos encontros que nós tivemos a gente não teve um número grande de pessoas participando, mas nós tivemos representantes de determinado grupos de turma (coordenador/instituição 2).

Em relação à participação dos discentes no processo de reforma curricular um dos estudantes entrevistados coloca que:

[...] os alunos não estavam participando das reuniões por não entender o processo de reforma curricular ai acaba não tendo um discurso e argumentos para estarem ajudando nesse processo. [...] Depois também os alunos não quiseram se envolver, ai foi o diretório acadêmico que acabou mais participando desse processo. [...] eram algumas pessoas que participam de todas as discussões com professores.

[...] primeiro tinham reuniões com os professores e alguns alunos, e essas reuniões eram abertas pra todos os alunos do curso e professores que queriam participar da reunião, ai depois foi repensado e foram escolhidos alguns representantes para se reunir com os professores (estudante/instituição 1).

A autocrítica realizada poderia indicar baixo grau de insatisfação em relação à proposta de ensino vigente. Esta seria uma das questões a serem levadas em conta para propor estratégias na implementação da mudança, antecipando problemas, limites, resistências e possibilidades. Seguindo esse estudante:

[...] a maior participação mesmo são dos professores, né? porque de estudantes não tem. [...] até onde eu sei as modificações partem do coordenador que se reúne com os professores. A gente tem pouca voz nesse aspecto de reforma porque agente não tem representatividade, então fica difícil de manter essa relação (estudante/instituição 5).

Para uma das professoras, quando perguntada sobre a participação dos discentes nas reuniões sobre reforma curricular:

[...] muitas vezes quem vai é sempre aquele mesmo grupinho, alguns não estão interessados neste processo, mas eu acho que é um grupo forte, que tem uma representatividade tanto no curso, quanto na Universidade. Eu acho que tem uma representatividade sim, agora eu acho que as vezes também os alunos não se interessam, é um aluno que não pergunta (professora/clínica/instituição 1).

Nesta mesma instituição, o coordenador do curso destaca a participação e envolvimento dos professores:

A gente tem um grupo, e espero que continue assim, um grupo pequeno, mas ainda muito coeso, né? Existe um comprometimento com o curso da grande maioria do grupo.

Apesar de todas as dificuldades esse comprometimento faz com que exista uma... disponibilidade para melhoras do curso (coordenador/instituição 1).

Sobre esta mesma questão, um dos professores entrevistados relata que:

Teve um momento do processo da reforma curricular que a gente ouviu a demanda destes alunos, a gente fez um movimento de escuta do que eles tinham para dizer e a partir daí a gente conseguiu então retirar eixos básicos do que eles diziam para que a gente pudesse repensar o currículo (professora/clínica/instituição 1).

Quando questionado sobre o envolvimento dos discentes nas discussões sobre o processo de formação e das reformas curriculares, um dos entrevistados informou que:

[...] quase inexistente essa discussão. Ainda hoje as pessoas querem entrar no curso e sair, vestir seu jaleco branco se formar e pronto. Só vão pensar nos reais problemas quando eles começarem a enfrentar esses problemas no mundo do trabalho já como profissionais. Não entendem ainda que se não tiver participação dos próprios alunos pra tentar mudar alguma coisa, tentar contribuir pra diminuir esses problemas não adianta se formar porque vai continuar a mesma coisa (estudante/instituição 1).

Parte das resistências às mudanças na formação dentro e fora da universidade estaria relacionada à manutenção de uma imagem de ideal profissional vinculada à prática privada e liberal. O mercado, juntamente com a corporação fonoaudiológica, exerceria influência na conformação deste perfil. Este estudante ainda acrescenta que:

[...] as universidades da Bahia deveriam conversar mais, porque muitas dificuldades que existem em uma existem em todas. Então mesmo pública ou privada acho que deveria ter uma conversa tanto entre alunos quanto entre professores e os colegiados. [...] acho que um envolvimento maior nesse processo (estudante/instituição 1).

Um dos coordenadores, quando perguntado sobre a participação dos professores e discentes na comissão de reforma curricular, informou que:

Vários professores que hoje compõem o grupo participaram da formação do projeto pedagógico como um todo, teve vários professores que montaram esse currículo e dos alu-

nos a gente tem um representante discente que constantemente participa (coordenador/instituição 4).

Apesar de existir uma comissão que participa das discussões referente à reforma curricular, foi afirmado pela coordenadora que:

Nós não estamos fazendo nenhuma mudança, nós já fizemos todas as mudanças necessárias. Ai se você perguntar pra mim quais são as discussões? Não existem as discussões no momento, porque nós não estamos discutindo (coordenador/instituição 4).

Apesar de haver uma comissão com a participação de docentes e discentes para discutirem questões referentes ao processo de ensino, segundo um dos coordenadores colocou que existem alguns desafios a serem enfrentados:

Tem meses que a gente não consegue se reunir devido outras demandas do próprio curso, porque normalmente são sempre os mesmos professores que estão envolvidos nas principais atividades, então os próprios alunos também tem às vezes dificuldades (coordenador/instituição 2).

Em relação aos processos de mudanças, ele destacou que:

[...] a principio as mudanças elas são sempre demoradas, agente discute essas mudanças desde 2006, ou seja, quatro anos. Acho que essa demora acontece mesmo porque a gente precisava estudar, a gente precisava se unir, parte desses princípios nossa formação não contemplou. Este grupo pelo menos se propôs a isso, se propôs a estudar e não fazer uma coisa por fazer. [...] a gente quer fazer um caminho que agente acredita, então a mudança ela é lenta, mas ela é necessária e ela precisa ser sustentada por um envolvimento do corpo docente e do corpo discente (coordenador/instituição 2).

Um dos professores entrevistados de outra escola acrescentou que:

O processo de mudança não é só no papel, também exige todo um entendimento. Na realidade a gente tem que mudar uma lógica de formação dos profissionais, dos próprios docentes que não tiveram este tipo de formação (professor.coletiva.instituição 1).

Ainda em relação às propostas de mudança curricular em trânsito no curso destacou que:

A gente nem pode chamar de reforma curricular, a gente tá chamando de ajustes né? [...] que é uma coisa bem preliminar. [...] Não tivemos tempo inclusive de organizar datas de seminários que levaria muito mais tempo né? Realmente olhamos para a questão como uma coisa mais objetiva, vê o que tava faltando mesmo e pensar de uma forma equitativa entre as áreas (professor.coletiva.instituição 1).

Como ponto positivo para a implementação das mudanças, o coordenador da mesma instituição destacou o momento atual como favorável para essas realizações:

[...] no momento atual, acho que o Pró-Saúde tem favorecido muito. A inserção do curso no Pró-Saúde tem sido um fator sem sombra de dúvida primordial. Isso tem agregado, obrigatoriamente tem trazido as discussões do perfil generalista à pauta das discussões.

Numa conjuntura em que o Ministério da Saúde coloca a possibilidade de se construírem projetos articulados entre os cursos de Saúde dentro de uma instituição de ensino, poder-se-ia utilizar este cenário na busca da formação de fonoaudiólogos com vistas à atenção integral e humanizada.

Hegemonia e aparelho de hegemonia

Ao compreender a escola como aparelho de hegemonia, podemos compreender melhor a relação entre a estrutura social, a prática fonoaudiológica e a formação do fonoaudiólogo, que devem ser consideradas e orientadoras das ações destinadas às mudanças ou reprodução na formação.

A universidade, ao organizar com certo grau de autonomia a organização de suas atividades, poderia contribuir, em certo limite, para transformar as práticas, estabelecendo novos perfis que questionariam o exercício profissional vigente.

Segundo uma das coordenadoras, um grande desafio é colocar em prática aquilo que está preconizado nos documentos envolvendo o conjunto de atores que participam deste processo:

[...] como construir um novo modelo metodológico que faça com que os professores estejam imbuídos desse desejo de formar um profissional diferente, formar um profissional para as necessidades da nossa população? Acho que isso seria um grande desafio mesmo (coordenador/instituição 2).

A universidade e a formação profissional poderiam portanto ser vistas como um campo de luta ideológica e política, em que ocorreriam enfrentamentos político-ideológicos, seja nas reformas curriculares ou na discussão de conteúdos e disciplinas, por exemplo, condicionados por diferentes projetos de sociedade. Apresenta-se a possibilidade da construção de alianças entre agentes dentro das instituições que, uma vez articulados com os projetos das classes subalternas, poderiam conduzir um processo de luta contra-hegemônica.

Quando interrogada sobre a assimilação dos conteúdos das diretrizes e as possíveis resistências a isso, um coordenador de um dos cursos informou que:

[...] é muito sutil isso, porque a gente não vê nenhuma resistência clara ou declarada. [...] acho que resistência declarada não tem por parte dos professores e muito menos por parte dos alunos, que são os maiores interessados. Eu vejo, talvez, em um ou outro aluno ainda um discurso de que tem que se especializar, de que tem que ser especialista (coordenador/instituição 2).

Exemplificou uma situação dessa resistência em que um dos estágios voltados para atendimento de uma patologia específica em um hospital teve parte da carga-horária destinada para atividades em uma unidade básica de Saúde, com grupo de pessoas que não tinham agravos diagnosticados:

[...] naquele momento a gente enfrentou uma resistência clara de alguns alunos porque eles estavam se sentindo prejudicados. [...] hoje acho que a gente não tem mais isso, porque os próprios alunos que se formaram vêem a necessidade de concursos públicos, pra atuarem na atenção básica, pra atuarem junto a essa realidade. [...] Vivemos resistência por alguns alunos e, acho, que ainda pode existir em alguns momentos, mas é mínima (coordenador/instituição 2).

Como mencionado anteriormente, pressões de variadas naturezas exercem influência nas propostas de mudanças que se apresentam. O trabalho fora do hospital, considerando outros cenários de aprendizagem e em direção a um perfil mais geral, apresentou-se em certa medida como uma possibilidade de resistências a essas mudanças.

Apesar de anteriormente afirmar que não existia nenhuma explicitação de resistências ou discursos contrários à implantação da DCN, o coordenador reconhece posteriormente que:

[...] A resistência pode vir dos professores no sentido de se modificar, porque para que a mudança aconteça precisa modificar seu jeito de dar aula, ele precisa modificar a forma de estruturar essa prática de estágio, o diálogo com os alunos e passar a fazer ações coletivas. [...] declaradamente não existe nenhuma resistência, mas quando agente vai para a prática para o dia-dia agente observa esse tipo de dificuldade (coordenador/instituição 2).

Pode-se identificar como uma das dificuldades de mudanças o processo de desenvolvimento de suas especialidades pela qual passou a Fonoaudiologia. Se, por um lado, representou certo progresso do ponto de vista científico, possibilitou, por outro, resultado na fragmentação excessiva tanto na prática quanto da formação do fonoaudiólogo.

Uma das professoras entrevistadas destaca também certa resistência dos discentes em relação a atividades que não sejam de reabilitação em alguns dos estágios:

No começo tem uma certa resistência. Como eles têm mais informação da área de reabilitação então eles acham que algumas práticas, estratégias de atuação não seriam uma atuação fonoaudiológica. [...] aí quando você consegue explicar, traz um embasamento teórico eles começam ver que realmente aquelas praticas são também da Fonoaudiologia e que elas tem sentido, e que elas tem uma efetividade, aí eu percebo que eles mudam bastante (professor/coletiva/instituição 2).

Ainda em relação às possíveis resistências, desta vez por parte dos professores destaca que:

Aquele professor que tá mais acomodado com uma área de reabilitação e tal, que não quer mudar ele não muda (professor/coletiva/instituição 2).

Uma das professoras entrevistadas coloca que a maior disputa que existe se dá em torno da distribuição da carga-horária entre as áreas da Fonoaudiologia:

[...] temos uma carga-horária muito grande em determinadas áreas, o que agente tem feito é ponderar e levar isso como uma questão pra que os professores olhassem. [...] a gente foi consensuando, uma carga horária equitativa ente as áreas (professor/coletiva/instituição 1).

Para um dos coordenadores, o fato das DCN serem o documento de referência para organização dos projetos pedagógicos elimina a possibilidade de resistências:

[...] não tem resistência não. Eu acho que as diretrizes servem como um eixo orientador... norteador para os professores e pra todo mundo (coordenador/instituição 4).

Outra professora da mesma instituição colocou a questão da distribuição da carga-horária como a principal resistência a mudanças por parte dos professores:

[...] algumas áreas achavam que não poderiam perder carga horária, então assim, não foi uma discussão tão fácil, embora todos nós, todos os professores pensavam no curso como um todo foi difícil redimensionar isso (professor/clinica/instituição 4).

Para a coordenadora da instituição, pode haver pequenos desconfortos nesses processos de mudança, mas que não considera resistência à incorporação dos conteúdos das DCN:

[...] não é uma resistência, não é uma resistência consciente, é uma dificuldade mesmo. Essas “resistências” se deram porque na hora que agente mexeu com as zonas de conforto das pessoas, o que já estava estabelecido, quando agente propõe mudanças, não é tão fácil (coordenador/instituição 1).

Uma das professoras entrevistadas destaca que questões históricas da profissão influenciam a formação e que atualmente a própria profissão esta repensando às práticas vigentes:

[...] eu acho que vem um novo entendimento de pensar, de atuação fonoaudiológica que eu acho muito positivo, e aí eu acho que a universidade vem exatamente avançando nesse sentido, vem acompanhando essa nova possibilidade de pensar, o fazer fonoaudiológico, a formação vêm acompanhando isso (professor/clinica/instituição 1).

Nesse sentido, outra professora entrevistada destaca como aspecto importante a necessidade de mudança da própria visão dos discentes em relação às práticas fonoaudiológicas:

[...] eu consigo na maioria dos casos contaminar esses alunos pra que eles tenha uma outra visão da Fonoaudiologia. Que tem a parte clinica, mas que ela tem todo um trabalho

a ser feito na parte de promoção e prevenção a saúde, e que a gente poderia muito bem tá se inserindo em muitos espaços. [...] tenho tentado mostrar isso pra eles, com todas políticas públicas que já existe todo um protocolo de atenção básica. [...] você falando isso no terceiro semestre eles já ficam muitos mais encantados (professor/coletiva/ins-tituição 2).

Parece se estabelecer uma relação dos aspectos preventivos enquanto uma prática futura e fora do espaço acadêmico. Neste sentido, as atitudes preventivas esperadas deveriam ser “transmitidas” mediante uma espécie de contato, constituindo o processo pelo qual essas atitudes preventivas deveriam ser formadas nos futuros fonoaudiólogos.

Discussão

Entre os obstáculos identificados na implantação das DCN nas escolas de Fonoaudiologia no Estado da Bahia, destacam-se: o enfoque nos aspectos biológicos e curativos do processo saúde-doença, a dissociação entre as áreas clínicas e de Saúde coletiva, a incipiente integração ensino-serviço e a baixa capacitação docente. As maiores dificuldades observadas correspondem à adequação dos cursos às características demandadas pelo SUS e aos conteúdos essenciais propostos, ao lado de dificuldades relativas aos aspectos pedagógicos, incluindo o processo de construção do projeto pedagógico.

Como principais características do modelo flexneriano, podem-se destacar: a predominância de aulas expositivas, com enfoque na doença e no conhecimento disciplinar, o processo de ensino-aprendizagem centrado no professor, a prática desenvolvida predominantemente no hospital, a capacitação docente centrada unicamente na competência técnico científica e a prática profissional centrada na medicina liberal e no consultório particular. (LAMPERT, 2002) Este modelo tem fomentado as especializações precoces, ainda durante a graduação, o que dificulta a formação geral dos futuros profissionais.

O recorte de matérias e disciplinas adotadas pelos cursos analisados parece distanciar-se do entendimento do currículo como um plano de estudos para soluções de problemas de complexidade crescente, em que se poderia programar a oferta de oportunidades de aproximação de docentes e alunos à rede regionalizada e hierarquizada de serviços de Saúde. Assim, as atividades de ensino, pesquisa e prestação de serviços poderiam ser articuladas à rede de serviços vinculada ao SUS, mediante programação prévia, favorecendo a interdisciplinaridade, multi-

profissionalidade e intersetorialidade, com vistas à redefinição das práticas de Saúde, recuperando-se as propostas de Integração Docente Assistencial.

Nesse sentido, faz-se necessário criar mais espaços para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e, principalmente, usuários. Os profissionais do serviço deveriam sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes deveriam considerar-se parte dos serviços de Saúde. (HENRIQUES, 2005)

Apesar das dificuldades encontradas, identificou-se também uma tendência a mudança de valores de modo a aproximar conteúdos e práticas de Saúde coletiva com aquelas do campo clínico sob novas perspectivas do cuidado fonoaudiológico. Integrando-se as outras áreas da Fonoaudiologia à Saúde coletiva, responsabilizar-se-ia por uma inserção contínua dos estudantes em comunidades e serviços, incorporando conteúdos relacionados a uma abordagem integral, ao caráter social do fazer em Saúde e a experimentação de ações de caráter coletivo.

Por outro lado, questões como capacitação docente, Educação permanente, concepções acerca do processo de aprendizagem e processos permanentes de avaliação seriam essenciais para efetivar na prática as mudanças propostas. Verificou-se que as diretrizes curriculares não constituem regras fechadas e definitivas da organização curricular, apenas orientam aspectos desejáveis a serem considerados no momento da elaboração e reformulação do projeto político-pedagógico.

Em estudo realizado sobre a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Paraná (ALMEIDA, 2007), analisou-se que, nas universidades que apresentam projetos pedagógicos mais inovadores, pode haver uma diferença muito grande entre o currículo prescrito e o que realmente é aplicado, principalmente aqueles que se apresentam praticamente como uma transcrição das DCN.

Considerações finais

Ao analisar as mudanças propostas para a reformulação da Educação fonoaudiológica, ressalta-se que os processos de transformação na formação dos profissionais são complexos e envolvem mudanças conceituais, de postura, de lugares e de relações institucionais, assim como o necessário enfrentamento de conhecimentos e valores hegemônicos e cristalizados nas estruturas da Universidade.

Tais processos implicam potenciais conflitos, pressões e confrontações constantes e, por essa razão, estão sempre em situação de risco de não se concretizarem. Transformar o processo de formação na Fonoaudiologia implica mudanças na concepção de Saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, na relação entre os fonoaudiólogos e a população, entre fonoaudiólogos e os demais profissionais. Implica mudanças na concepção de Educação e de produção de conhecimento, nas relações de ensino entre os agentes e de poder entre departamentos e disciplinas.

Trata-se de mudanças profundas referentes a concepções e práticas, mas, sobretudo, de poder dentro das universidades, dos serviços de Saúde e também do espaço social, no campo das políticas.

Referências

- ALMEIDA, M. J. Implantação das diretrizes curriculares. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.
- BACHA, S. M. C.; OSÓRIO, A. M. N. Fonoaudiologia & educação: uma revisão da prática histórica. *Rev. CEFAC*, v. 6, n. 2, p. 215-221, abr./jun., 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE-CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 12.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Exercício profissional do fonoaudiólogo*. Brasília, DF, 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Resolução CFFa nº 157/96*. Brasília, DF, 1996.
- GARCIA, J. C. *La educación médica en la America Latina*. Washington D.C.: OPS, 1972.
- HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.
- LAMPERT, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- MARANHÃO, E. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M. *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003. p. 16-22.

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. *Rev. CEFAC*, v. 13, n. 3, p. 516-521, jul./set. 2009.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: Edufba, 2006.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994.

REDE UNIDA. Sobre a proposta de diretrizes curriculares para a medicina. *Olho Mágico*, n. 5, p. 1-3, 1999.

TRENCHET, M. C. B.; BARZAGHI, L.; PUPO, A. C. Mudança curricular: construção de um novo projeto pedagógico de formação na área da Fonoaudiologia. *Interface – Comun. Saúde Educ.*, v. 12, p. 697-711, out./dez. 2008.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

Experiência da escola de formação técnica em saúde na construção do currículo integrado por competências

Maria José Côrtes Camarão¹
Isabela Cardoso de M. Pinto²

Introdução

A Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS), criada pela Lei n.º 6.660/94, foi inaugurada em agosto de 1996, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (Sesab). A EFTS tem como missão promover a Educação profissional em Saúde, em conformidade com os princípios do SUS, na perspectiva de melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários.

Além dos cursos oferecidos na sede da escola em Salvador, a EFTS também oferece cursos descentralizados nos 417 municípios da Bahia. Atualmente estão em funcionamento os cursos de técnico em Enfermagem, técnico em Saúde bucal e técnico em agente comunitário de Saúde, e, em fase de implantação, os cursos de aperfeiçoamento em vigilância sanitária e Saúde ambiental, técnico de vigilância em Saúde, técnico em prótese dentária, atualização em radiologia e especialização em técnico de Enfermagem para a rede hospitalar.

A criação da EFTS foi uma estratégia de fundamental importância para a formação dos trabalhadores do SUS, desencadeando uma ampliação da oferta de habilitações profissionais em Saúde. Para tanto, houve a junção de estruturas formadoras já existentes, como a Unidade de Formação Técnica da Sesab, a Escola Supletiva de Enfermagem e o Curso de Auxiliares de Enfermagem (parceria Sesab, Universidade Federal da Bahia e Secretaria de Educação).

1 Enfermeira, mestre em Saúde coletiva, diretora da Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

2 Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, mestre em Saúde coletiva, doutora em Administração, coordenadora do grupo de trabalho Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

A concepção pedagógica da EFTS, desde a sua criação, tem como referência o Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio (BRASIL, 1987), que se caracterizava por uma metodologia de ensino baseada na integração ensino-serviço, em que a realidade local é uma referência problematizadora, no sentido de reorientar e qualificar ações de cidadania e do exercício profissional mediante experimentações de ações e práticas educativas.

A integração ensino-serviço visa atender a duas questões fundamentais: não afastar os trabalhadores de suas atividades e proporcionar qualificação profissional específica. Essa metodologia “[...] estabelece pontes entre conhecimentos gerais e específicos, caracterizando-se por movimentos de ação-reflexão-ação, onde a construção do conhecimento se faz do concreto para o abstrato”. (BRASIL, 1987)

Essa concepção pedagógica investe na Educação como ação de transformação, em que o diálogo e as relações entre os atores envolvidos (docentes, discentes, equipes de Saúde e população) são facilitadores do processo ensino-aprendizagem. Assim, busca-se privilegiar o conhecimento e a experiência no trabalho e na vida, de forma a possibilitar a articulação entre a prática e a teoria, a realidade e a compreensão global desta realidade, entendendo que essa transformação incide sobre o sujeito e o objeto de forma a contribuir na melhoria da atenção prestada aos usuários do SUS na Bahia. (BAHIA, 2006)

Em 2003, a partir da criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), surgiram reflexões acerca da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS. Entre as ações propostas pela Secretaria, estão o ordenamento da formação de trabalhadores do SUS, o fortalecimento das escolas técnicas do SUS (ETSUS); e o fomento ao acesso dos trabalhadores da saúde à qualificação em serviço, por meio da ampliação e garantia da oferta de cursos em áreas estratégicas. (BRASIL, 2011)

A SGTES propõe, através de alguns programas, a interação entre as instituições de ensino e de serviço de Saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade. O Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área de Saúde (Profaps) prevê a formação e qualificação dos trabalhadores de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a Saúde, entre elas a Enfermagem, visando à melhoria da atenção e da assistência à Saúde do usuário do SUS. (BRASIL, 2011)

A efetivação das propostas da SGTES pressupõe uma reflexão sobre a *praxis* profissional e uma discussão sobre a formação profissional, entendida como uma

aprendizagem sóciointerativa e contextualizada, considerando os valores, as relações de poder e resignificação de conteúdos e cotidianos.

Nesta direção, a diretoria da EFTS promoveu discussões sobre os currículos dos cursos oferecidos e iniciou um movimento para os reformular, com base no currículo integrado por competências.

O currículo é um plano pedagógico e institucional que serve para orientar a aprendizagem dos alunos de forma sistemática. (DAVINI, 1994) É preciso observar que o conceito de currículo varia, assim como a estrutura sob a qual ele é organizado. Por outro lado, é preciso reconhecer que todo currículo reflete os princípios ideológicos e políticos daqueles que o construíram.

Nesse sentido, ao optar pela construção de um currículo integrado por competências para o curso técnico em Enfermagem da EFTS, o grupo gestor ancorou-se na ideologia que sustenta o SUS e na concepção da educação como ação de transformação, que valoriza experiências e saberes dos trabalhadores, ao tempo em que fomenta a reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho.

O currículo integrado é entendido como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, tendo como pano de fundo as características sócio culturais do meio em que este processo se desenvolve. (DAVINI, 1994)

Por sua vez, a formação por competências compreende: 1) a análise do processo de trabalho do profissional para a definição do perfil de competências, 2) a normalização das competências, após estabelecimento de um acordo social em torno do perfil, gerando a norma de competências, que serve de referência para os desenhos curriculares e para a avaliação, e a 3) formação realizada por meio de um currículo desenhado com base no perfil de competências pactuados. (RAMOS, 2002)

Portanto, o currículo integrado por competências é um constructo ideológico, em que o processo de ensinar e aprender está atrelado às relações de poder e a luta por um certo tipo de sociedade, ao tempo em que é um artefato socioeducacional, capaz de dinamizar conhecimentos, atividades, competências e valores, tendo como centro a experiência e o motor, o interesse, e articula dinamicamente trabalho e ensino, tendo como pano de fundo as características socioculturais do meio. (CAMARÃO, 2010)

O curso técnico dos agentes comunitários de Saúde foi o primeiro curso da EFTS a ter um currículo integrado por competências, que foi elaborado pela equipe da escola com a ajuda de uma consultoria especializada. A partir dessa expe-

riência, a equipe da escola passou a construir os currículos dos demais cursos na mesma direção.

Frente a essas considerações, este capítulo tem como objetivo descrever o processo de construção do currículo integrado por competências no curso técnico em Enfermagem da EFTS-BA.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A escolha pela pesquisa exploratória deu-se pelo fato dela oferecer condições ao pesquisador para elevar seu nível de conhecimento em torno de um determinado problema. Esse tipo de pesquisa é utilizado quando se busca investigar uma realidade pouco explorada e conhecida. Em relação à pesquisa descritiva, ela se propõe a resgatar com exatidão fatos de uma determinada realidade. (TRIVIÑOS, 2011)

Neste sentido, as informações sobre o processo de construção do currículo integrado foram obtidas a partir da percepção das docentes do curso, sobre o processo, até então, pouco explorado e conhecido.

Participaram do estudo 9 docentes da sede da EFTS, escolhidas segundo os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeira, ser docente do curso técnico em Enfermagem e ser membro da comissão de construção e aplicação do currículo integrado por competências no período de 2007 a 2010.

Após autorização do coordenador do curso e parecer de aprovação de n.º 053/09 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, as pesquisadoras fizeram contato com as docentes, que agendaram os encontros conforme suas disponibilidades.

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas, gravadas e realizadas no próprio ambiente de trabalho das docentes. As falas foram transcritas na íntegra e analisadas paralelamente à coleta de dados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, a fim de identificar o momento da exaustão/saturação do discurso. (BARDIN, 2011)

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo abrange a explicação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas).

O estudo ancorou-se no referencial metodológico da dialética que proporcionou a abordagem da realidade estudada, reconhecendo-a e relacionando-a

com o processo histórico, no seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. O método dialético é considerado como uma estratégia de apreensão e compreensão da prática social empírica de uma dada realidade social, com suas contradições e desdobramentos. (TRIVIÑOS, 2011)

Nesse entendimento, o processo de construção do currículo integrado por competência na EFTS foi analisado na sua dinamicidade e contradições, a partir do contexto histórico que o envolveu, bem como na totalidade de sua inserção nas políticas públicas de Educação.

Resultados e discussão

A tomada de decisão para mudança curricular

A construção do currículo integrado por competências do curso técnico em Enfermagem da EFTS inicia-se em 2007, atrelada a uma nova etapa no processo de construção do SUS estadual, marcada pelo esforço de fortalecimento da gestão da política de Saúde.

No primeiro momento, considerado o período de transição de governo (novembro a dezembro/2006), ocorreram reuniões para formulação de estratégias para a implementação da nova Política Estadual de Saúde. Nessas reuniões participavam lideranças, possíveis candidatos aos cargos de confiança e técnicos comprometidos com a consolidação do SUS. Na EFTS, um grupo foi designado pela direção para elaborar uma proposta estratégica para a escola e apresentá-la a toda comunidade, e, na proposição, a implantação do currículo integrado por competências do curso técnico em Enfermagem era prioridade.

Naquele momento, a equipe da EFTS percebia que o ensino no curso técnico em Enfermagem estava baseado na racionalidade técnico-instrumental e o currículo era disciplinar, prescritivo e tradicional, sem possibilidades de diálogos e mudanças substanciais que incluíssem as contradições vividas no cotidiano do trabalho, a questão da luta de classes, as diferenças de visões de mundo, os conflitos do processo de aprender e ensinar, entre outros. Não considerava os saberes e experiências de vida dos alunos, não se valorizava a integração entre os professores e, com isso, a socialização dos seus saberes e práticas, e não priorizava a inclusão das políticas públicas de Saúde do estado.

A formação para operar as mudanças necessárias ao SUS exige a competência que desenvolve no indivíduo a capacidade de articular saberes, conhecimentos, experiências individuais e coletivas capazes de resolver os desafios enfrentados no cotidiano do trabalho, tendo como base a atenção à Saúde humanizada.

Competência é a capacidade do indivíduo de articular valores, conhecimentos e habilidades para atuar de forma eficaz em situações reais da sua prática, inclusive do inesperado. O que isso quer dizer: eu acho que um indivíduo competente, um profissional competente não é aquele que só tem conhecimento teórico, só tem teoria, isso não deixa ele competente, e sim aquele, que tem conhecimento técnico científico, e sabe fazer, ele sabe atuar com ética, com respeito a pessoa, desenvolve uma prática ousada, sem ferir os conhecimentos científicos e sem prejudicar o paciente. (Margarida)

A competência, enquanto elemento fundamental para a organização do currículo, se coloca frente a um mundo de incertezas e constantes mudanças, exigindo dos indivíduos a capacidade de resolver os problemas naturalmente ocasionados por esta conjuntura, no seu cotidiano de vida e trabalho. Cabe aos aparelhos formadores a responsabilidade de preparar os seus alunos para essa realidade, com o objetivo de adequá-los e incluí-los ao mundo do trabalho para a sua felicidade e da coletividade.

É saber atuar em situações adversas, entendeu? Ele aprendeu assim, mas numa situação adversa, que a nossa realidade é bem diferente, quando a gente vai para a prática, a gente vê realidades totalmente adversas. Então ele saber movimentar isto e dar a resposta, dar o cuidado dele sem ferir os princípios científicos, sem prejudicar o paciente, que eu acho que é esse o profissional competente. (Margarida)

Diante do desafio de repensar os caminhos da formação, o grupo gestor da EFTS desencadeou um processo de discussão sobre a construção de um currículo que considerasse as narrativas e princípios críticos, que não priorizasse a técnica pela técnica, numa visão reducionista de formar trabalhadores alheios às problemáticas sócio culturais e políticas da sociedade em que vivem, além de tecnicamente competentes, e aqui competência numa visão tecnicista e individualista.

Vale destacar que já existia na EFTS o desejo da mudança no currículo. Algumas docentes buscavam a articulação entre suas disciplinas e a utilização da metodologia da problematização em algumas turmas do curso. “Se tentava, digamos que era assim um início, o primórdio de um currículo integrado, mas não para a gente parar para fazer efetivamente a construção desse currículo”. (Hortência)

No entanto, havia uma falta de decisão política para implementação das mudanças necessárias. Com a mudança de governo, o atual grupo gestor da EFTS apresentou no seu projeto político o compromisso com a democracia e a potencialização da relação ensino-trabalho. A proposta de mudança no processo

ensino-aprendizagem na escola foi pactuada com os sujeitos da ação (professoras e coordenadoras) e socializada para o conjunto de trabalhadores da EFTS.

Com a mudança da diretoria, trouxe essa proposta que já tinha sido apresentada no ar e aí nós começamos, com esse desafio de construir e ao mesmo tempo de ficar falando em sala de aula, de tá construindo esse currículo e o guia curricular, que a gente chama, para poder estar atendendo a esta turma nessa nova modalidade. (Margarida)

A gestão tinha clareza de que ensinar não é repassar conhecimento, e sim construí-lo junto. Era claro, também, que um currículo para ser de fato integrado deveria ser pensado e formulado após intenso debate entre as pessoas envolvidas na atividade. Para isso, resolveu aproximar as docentes do curso, a fim de pactuar suas ideias e conhecimentos.

O processo de construção do novo currículo

O método escolhido para a construção do currículo envolveu a ampla participação da comunidade docente da EFTS. Primeiro foram realizadas oficinas com as docentes e coordenações para planejamento do processo de construção do currículo, depois foram realizadas reuniões periódicas em pequenos grupos e posteriormente foram realizados encontros com todo o grupo docente para apresentação das propostas.

A discussão se faz mesmo com os instrutores, dois ou três no máximo. Depois a gente socializa para todos. Então constrói ali a proposta com quem tiver ali no momento podendo fazer e depois a gente junta todos os instrutores da manhã e da tarde da escola e socializa e aí fazemos alterações em cima do que foi discutido. (Jasmim)

O envolvimento de todo o grupo na construção do currículo ajudou também na aproximação e integração dos trabalhadores da EFTS e no fortalecimento da escola como uma unidade coesa.

Eu acho que essas socializações promoveram uma integração maior entre os próprios grupos também [...] antes era chamado curso da manhã, que era um, e o outro, o curso da tarde. Agora a gente tem um curso que é único, que está sendo desenvolvido de acordo com esse norteador pelo grupo da manhã e pelo grupo da tarde e que foi discutido, pelo menos com uma boa parte desses dois grupos. (Hortência)

A socialização inicialmente era feita para toda comunidade da escola com representantes do grupo gestor, incluindo a diretora. Nesse momento inicial, a proposta também foi apresentada para técnicos da Superintendência da Educação Profissional (Suprof) da Secretaria de Educação do Estado da Bahia. Com a continuidade do processo de construção e aplicação imediata na sala de aula, estas apresentações foram deixando de acontecer e as socializações e discussões ficaram restritas às professoras e coordenadoras.

Nesses encontros, muita discussão, troca de ideias e experiências se constituíram em um grande exercício onde a metodologia da problematização foi a tônica do processo de trabalho. Esses momentos caracterizaram-se em espaços de diálogos, encontros para debates, reflexões e propostas de ação, ou seja, momentos criativos e de sistematização que permearam os processos de trabalho da escola. A EFTS foi concebida como local de construção de aprendizagem, de troca mútua entre o meio e o indivíduo, tendo o outro como mediador.

No decorrer dos encontros, algumas fragilidades do grupo começaram a aparecer. A equipe não tinha muita experiência com a construção de um currículo integrado e optamos por buscar ajuda de uma consultora. Identificamos uma professora com experiência na construção deste tipo de currículo, bem como na metodologia da problematização e desenvolvimento de ações de Educação profissional. Assim, essa consultora passou a integrar o grupo de discussões e orientar a construção do nosso currículo.

Foi muito da vontade mesmo, da vontade política, da vontade da diretoria e assim todo o grupo da escola se uniu e se empenhou para poder construir. Não que sejamos expert, mas todo mundo se empenhou e abraçou esta proposta para que desse certo. (Margarida)

Pela dinâmica da escola, não foi possível manter as docentes e coordenadoras exclusivamente voltadas para a construção do currículo. Assim, foi preciso iniciar as turmas sem a conclusão do guia curricular. Com isso houve sobrecarga das professoras que tinham de dar continuidade a elaboração do currículo e realizar as atividades em sala de aula. Por outro lado, houve a chance de ir adequando o material elaborado, já que este era testado em sala de aula à medida que ia sendo construído.

Então tenho que ler muito mais ainda pra poder estar atuando, porque é uma coisa nova ainda na escola. A gente ainda está construindo, pondo em prática, e ao mesmo tempo

em que a gente constrói e põe em prática. Eu acho isso ótimo. Embora o número de pessoas aqui ainda seja limitado para se fazer isso, mas essa construção em colocar em prática, acho que é uma ideia boa porque ao mesmo tempo que a gente está construindo e botando em prática a gente pode estar mexendo. (Rosa)

As equipes, então, se dividiram, ficando algumas docentes em sala de aula e outras na construção do currículo. Periodicamente era feito o revezamento, e quem estava na sala de aula vinha para o grupo de construção e vice-versa.

[...] foi muito interessante, muito rica, teve muitas discussões, oficinas, reuniões, idas e vindas, quebramos muito a cabeça, até hoje a gente quebra a cabeça. Leituras eram sugeridas, textos eram distribuídos, a gente lia e aí a gente ia para a discussão, trabalhava ali naquele momento e assim tudo que fundamentou o currículo, foram muitas leituras de currículo integrado mesmo, do que é um currículo. (Margarida)

A partir desses encontros, foi construída a matriz curricular e as áreas de conhecimento a serem desenvolvidas a partir do perfil profissional do técnico em Enfermagem, tendo como base as competências dessa categoria, de acordo com o que define Davini (1994) para a construção de um currículo integrado.

A autora defende que as atribuições do profissional devem ser reunidas por áreas ou conjuntos e, a partir destas, deve-se destacar as competências, assim como os conceitos, processos, princípios e técnicas para o desenvolvimento delas. Em seguida, os conhecimentos devem ser detectados e hierarquizados. Esse processo terá como resultado a árvore de conhecimentos encadeados e relacionados, como uma rede ou estrutura de conteúdos. Já os conceitos, processos ou princípios, são os assuntos-chave. Cada assunto-chave e sua rede de conhecimentos dará lugar a uma unidade de ensino-aprendizagem. (DAVINI, 1994)

O currículo integrado por competências

O currículo do curso técnico em Enfermagem foi, então, estruturado na forma de módulos, organizado em áreas de conhecimento e temas geradores (Quadro 1). O curso é desenvolvido através do currículo integrado no qual os componentes das unidades de ensino-aprendizagem guardam entre si uma relação de interdependência, possibilitando o uso da criatividade dos discentes e docentes, sendo flexível e adaptável às situações adversas, podendo ser constantemente avaliado e melhorado de acordo com as experiências vividas.

Quadro 1 – Estrutura do curso técnico em Enfermagem

TÉCNICO DE ENFERMAGEM	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MÓDULO I	CARGA HORÁRIA		
			CONCENTRAÇÃO	DISPERSÃO	TOTAL
		Analisando o processo de saúde-doença, as políticas públicas de saúde, o processo de trabalho em saúde e em enfermagem, para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde, como estratégia de transformação e organização das práticas sanitárias e ambiental.	304h	90h	394h
		Sub-Total Módulo I	304h	90h	394h
		MÓDULO II	CARGA HORÁRIA		
			CONCENTRAÇÃO	DISPERSÃO	TOTAL
		Promovendo, protegendo e recuperando a saúde indivíduos e grupos específicos.	496h	310h	806h
		Sub-Total Módulo I e Módulo II	800h	400h	1200h
		MÓDULO III	CARGA HORÁRIA		
			CONCENTRAÇÃO	DISPERSÃO	TOTAL
		Participando do planejamento local, das atividades de educação permanente e da vigilância em saúde na atenção básica e na assistência de alta complexidade.	400h	200h	600h
		CARGA HORÁRIA TOTAL DO CURSO (Módulos I, II e III)	1200h	600h	1800h

Fonte: Plano de Curso do Curso Técnico em Enfermagem.

O perfil de egressos a ser alcançado pelo curso da EFTS envolve o desenvolvimento de 9 competências profissionais com base nas três dimensões do saber: saber, saber fazer e saber ser (Quadro 2).

Quanto aos princípios e as estratégias de avaliação por competências, tal proposta possui as seguintes características:

- Não se concebe a avaliação como um momento separado ou independente do processo de ensino, ao contrário: ela é pensada como uma atividade permanente e indissociável da dinâmica de ensino-aprendizagem, o que permite acompanhar passo a passo o avanço dos educandos, detectar a tempo suas dificuldades, ajustar e reajustar o ensino e suas características aos diferentes contextos, além de corrigir e reforçar o processo de ensino. Não se trata, portanto, de avaliar para eliminar, mas sim para acompanhar e recuperar. Sendo assim, a avaliação não está dirigida somente ao educando, mas também ao processo como todo (DAVINI, 1994);
- Deve ser centrada nas evidências de desempenho profissional demonstrados em situações mais próximas possíveis daquelas que os alunos poderão enfrentar na realidade (RAMOS, 2002);

- Realiza-se em tempo não previamente determinado (RAMOS, 2002);
- Ocorre de forma individualizada. (RAMOS, 2002)

Quadro 2 – Competências propostas para o curso técnico em Enfermagem da EFTS

01	Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, visando à melhoria da qualidade de vida da população.
02	Realizar ações de observação, coleta e registro das informações pertinentes aos cuidados de enfermagem, interagindo com a equipe, com o usuário e com os seus familiares.
03	Realizar procedimentos e técnicas de enfermagem e relacioná-las às suas finalidades, seus efeitos e riscos.
04	Reconhecer situações de urgência e emergência e realizar, prontamente, ações que busquem a preservação da vida.
05	Organizar o próprio trabalho, considerando a natureza, as finalidades, os resultados e os riscos das ações a serem realizadas.
06	Atuar, em equipe, no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação, das unidades de saúde.
07	Realizar ações de enfermagem à pacientes em estado grave/crítico, inclusive àqueles submetidos a tratamento intermediado pelo uso de terapias especiais e equipamentos de alta complexidade a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
08	Realizar procedimentos de conservação dos equipamentos utilizados no atendimento a pacientes graves/críticos, assegurando suas condições de uso e funcionamento.
09	Atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.

Fonte: Plano de Curso do Curso Técnico em Enfermagem.

A competência é a condição do desempenho na realização de atividade, integrando múltiplos conhecimentos necessários à ação. O desempenho é o ponto de convergência entre os vários elementos que compõem a competência frente a uma situação. Não se constata a competência apenas nos resultados ou atos e nem mesmo o desempenho, não sendo um conjunto de tarefas ou atividades descritas com precisão. (RAMOS, 2002)

A avaliação seria de processo e, para tal, é necessário o acompanhamento e documentação feitos a partir de instrumentos com distintas características, como propõe Davini (1994). Para a execução dessa avaliação, é necessário uma observação dirigida e atenta por parte do professor, que deve ter claro os objetivos e fundamentos de seu trabalho como facilitador da aprendizagem. Este deve ficar atento às expressões de comportamento dos educandos, no desempenho de suas tarefas. (DAVINI, 2002)

Uma formação que persiga o desenvolvimento de competências para o desempenho pressupõe selecionar conhecimentos dos quais os estudantes necessitem para aplicar em esquemas operatórios, para entender o que significam e

como funcionam, facilitando a ação em situações diversas. Isto implica deixar de fazer a separação entre o saber e o saber-fazer para centrar o esforço em resultados de aprendizagem nos quais se atinge uma integração entre ambos. (RAMOS, 2002)

Desafios encontrados na construção do currículo integrado por competências

O processo de construção do currículo desencadeado pela EFTS aponta inúmeros avanços no que tange ao crescimento e amadurecimento do corpo docente, assim como chama atenção para a importância do elemento gestão na condução do processo. No caso da Bahia, é possível destacar que as características da política local tornaram o solo fértil para a implementação de um projeto emancipatório de Educação em Saúde.

Por outro lado, a implementação de mudanças consome muito mais tempo e envolve conflitos gerados pela necessidade de desconstruir práticas tradicionais e construir o novo, trilhando por novos caminhos. Isso exige, inclusive, esforço de convencimento e adesão dos atores que se opõem ou resistem à proposta.

Outro aspecto a ser levantado refere-se à fragilidade de alguns docentes em relação às competências requeridas para o desenvolvimento das metodologias propostas. Isso requer investimentos sucessivos no processo de formação e qualificação do corpo docente, conforme ressaltado a seguir por uma das entrevistadas:

Eu acho que a gente precisa de tempo! Tempo para sentar e discutir a gente não tem tempo, por exemplo: a colega está dando aula às vezes eu posso entrar para ajudá-la, mas depois que acaba aquele período a gente não senta para discutir aquilo, a gente já passa para outra coisa, uma já está construindo, a outra já está executando, quando acaba a gente já vai para estágio, volta. (Prímula)

Outro desafio que aparece nos depoimentos diz respeito à relação com o serviço, à definição de critérios para os estágios e as dificuldades enfrentadas para inserção dos alunos nos campos de prática:

[...] a gente perde um campo rico como é o HGE porque não é liberado para nível técnico, mas provavelmente quem leva o hospital adiante, quem pega no batente, no grosso é o pessoal de nível técnico. Aí você fecha as portas para ele e você abre para o nível universitário e não só escolas públicas, muitas vezes escolas privadas [...] Então eu acho que é um

limite também, eu acho que serve de potencialidade também, de repente está mudando a visão desses diretores de hospitais para entender que precisam abrir o campo, que eles precisam ter a chance, que os cursos técnicos efetivamente façam seus estágios ali, principalmente esses hospitais grandes que tem urgência e emergência para que a gente possa está lá cuidando, senão ele vai sair com uma formação capenga. (Jasmin)

A ausência de monitoramento técnico pedagógico do processo de construção do currículo é um desafio para a gestão da EFTS, pois o mesmo acarreta dificuldades na relação com os campos de prática, bem como para os alunos que ficam impossibilitados de traçar planos de inserção no mercado de trabalho.

O que a gente pensa é que quando terminar, conseguir formar a turma, a gente vai conseguir, a gente vai parar e refletir. O que foi que a gente construiu? Será que a gente realmente conseguiu alcançar o objetivo que antes a gente discutia de conseguir realmente fazer essa integração da comunidade? Até que ponto a gente conseguiu se entregar ou a gente tá realmente correndo contra o tempo? (Jasmin)

Este é mais um desafio que sugere a fragilidade da gestão da EFTS, do ponto de vista de acompanhamento pedagógico, levando-se em conta que se trata de um projeto prioritário para a escola, a implantação e implementação de um novo currículo.

Para Macedo (2008), o currículo se dinamiza na prática educativa, na qual professores e coordenadores o constroem e o dão feição cotidianamente, e não se trata apenas de um documento, um artefato de poda das possibilidades transgressoras, criativas das experiências de aprendizagem. Então, momentos de reflexão devem permear diariamente o processo de trabalho da escola.

Frente à colocação de Macedo, cabe dizer que a construção do currículo integrado na EFTS é uma construção processual, não acabada e que por isso enfrentou e continua enfrentando dificuldades. Algumas dessas dificuldades são facilmente compreendidas, tendo em vista que se trata de um processo novo para todas nós, gestoras e docentes. Outras dificuldades são inerentes ao setor público de saúde, que historicamente pouco investiu na formação de docentes e profissionais de nível médio. O número insuficiente de pessoal com formação específica na área docente, assim como as dificuldades de acesso aos campos de prática são alguns elementos que compõem o cenário da profissionalização no SUS.

Por outro lado, as evidências apontam que se trata de uma escola bem equipada e com boa estrutura física, profissionais comprometidos, com vontade de aprender e acertar, além de uma gestão comprometida com a formação, que tem investido na preparação dos seus profissionais através de processos educativos.

Considerações finais

Cabe registrar que os conceitos que guiaram o desenvolvimento da pesquisa permitiram a articulação com os achados empíricos, possibilitando a leitura e interpretação do processo de construção do currículo integrado por competências no curso técnico em Enfermagem da EFTS.

A identificação e análise das mudanças desencadeadas nas práticas dos docentes, assim como as debilidades apontadas pelos atores participantes do processo, indicam a necessidade de aperfeiçoamento em torno das estratégias pedagógicas capazes de organizar o ensino, tendo em vista o modelo de atenção à Saúde que precisa ser consolidado.

No que diz respeito à construção da viabilidade de propostas dessa natureza, este estudo revela a importância de se desenvolver cotidianamente o diálogo e convencimento dos participantes nas várias arenas em que ocorre o processo de formação dos trabalhadores da Saúde: núcleos formadores, serviços de Saúde, conselho etc.

Vários desafios estão postos para o processo de formação e, convivendo nesse mundo complexo, teremos que ir mais além do currículo integrado e da problematização e, talvez, reconhecer a existência de pedagogias paralelas identificando elementos importantes na triangulação de métodos e teorias.

Não existem garantias de se fazer mudanças apenas com a conscientização. Reconhece-se que isso é importante, mas não suficiente para autoconstrução de um discurso e ação próximos das suas realidades e expectativas. Um curso profissionalizante de Saúde com o currículo integrado pode acontecer numa unidade de Saúde e o condutor do processo educativo, mesmo assim, pode não trazer para o curso a realidade e as contradições vivenciadas na referida unidade. Por outro lado, corre-se o risco de tomar a chamada “realidade do serviço” como parâmetro de ensino sem distinguir as insuficiências destes, reproduzindo-os acriticamente

A ideia da pedagogia da problematização é de que o diálogo entre os indivíduos e os seus contextos consiste na libertação dos mesmos dessa realidade excludente. Junte-se a isso a visão pós-moderna da Educação, de que não há uma

realidade única a se problematizar, porém variadas configurações de uma mesma realidade que são (re)edificadas de forma única na cabeça de cada sujeito.

O currículo sozinho não tem a capacidade de promover as mudanças necessárias na formação profissional, dependendo, por exemplo, de políticas públicas comprometidas com o projeto democrático. Identificamos o esforço e o compromisso das professoras da EFTS na implantação e implementação do currículo integrado, porém as mudanças não ocorrem automaticamente, cada sujeito tem o seu tempo de aprendizado e ação. Além disso, essa implementação depende também da conjuntura e vontades políticas. Portanto, o importante é a persistência e o apoio institucional, baseados em valores como o compromisso com o projeto, a persistência, a tolerância e o compromisso para incluir todas as errâncias com vistas à verdadeira prática da docência amiga, instigadora, buscadora, lutadora, otimista e feliz.

Nesse sentido, pode-se concluir que a EFTS conseguiu superar o modelo de competências discutido a partir da literatura revisada, indo além do conceito estudado. Ou seja, o processo de construção do currículo amplia os elementos contextuais ao considerar a complexidade do processo de trabalho em Saúde e incluir o usuário como sujeito e não objeto das práticas de Saúde.

O processo de consolidação do SUS exige não apenas o refinamento dos conceitos e metodologias, mas o desenvolvimento de capacidades para analisar e identificar oportunidades e alternativas para concretizar as políticas desenhadas. Assim, os sujeitos, trabalhadores do SUS, devem ser instrumentalizados.

Referências

BAHIA. Secretaria de Saúde. Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis. *Projeto Político Pedagógico*. Salvador, 2006.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio*. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SGETS: políticas e ações*. Brasília, 2011.

CAMARÃO, Maria José Côrtes. *Currículos e competências: experiência docente nos cursos técnicos em saúde*. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

DAVINI, Maria Cristina. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília, 1994.

MACEDO, Roberto Sidnei. *Currículo, campo, conceito e pesquisa*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

RAMOS, Marise Nogueira. Indicações teórico-metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde. In: CASTRO, Janete Lima de (Org.). *Profªe: educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 55-86.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2011.

Gestão descentralizada do curso de formação técnica de agente comunitário de saúde na ETSUS - Bahia

Joelma Pinheiro Meira Barbosa¹
Isabela Cardoso de Matos Pinto²

Introdução

A Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Aristides Novis (EFTS) integra a Rede Nacional das Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), coordenada pelo Ministério da Saúde. É vinculada à Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e supervisionada, tecnicamente, pela Secretaria de Educação e Cultura do Estado, para fins de avaliação. (BAHIA, 2004) Sua função principal é “promover a educação profissional na Área de Saúde, na perspectiva de contribuir para a melhoria da atenção prestada aos usuários do SUS-Ba”. (BAHIA, 2007)

Nesse sentido, respaldada pela Lei 8080/90, no que tange a ordenação dos recursos humanos para o SUS, a EFTS atua na formação dos trabalhadores realizando um conjunto de ações desenvolvidas através dos cursos de habilitação, qualificação e atualização oferecidos de forma descentralizada para atender aos municípios do estado da Bahia.

A atividade docente é desenvolvida por profissionais de nível superior preparados pedagogicamente, que atuam nas unidades de produção de serviços públicos de Saúde. No que tange ao projeto político-pedagógico adota como

¹ Enfermeira da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS)/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, gerente de projetos e pesquisas. Possui mestrado profissional em Saúde Coletiva/ISC/UFBA.

² Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA, mestre em Saúde Coletiva, doutora em Administração, coordenadora do grupo de trabalho (GT) Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Diretora do ISC. Também orientadora.

princípio a integração ensino-serviço-comunidade e como opção metodológica estratégias que estimulam a articulação teoria-prática.

A EFTS, através das práticas de supervisão e acompanhamento, adota um conjunto de procedimentos que orientam o processo de coordenação dos cursos oferecidos de forma descentralizada.³ A finalidade desse monitoramento é buscar um alinhamento do processo pedagógico com os objetivos e as diretrizes da Escola, o aperfeiçoamento dos fluxos e maior integração interinstitucional. A forma como vem acontecendo o processo de “descentralização” e essa supervisão “descentralizada” precisam ser analisados.

Na literatura existe uma lacuna em relação a estudos que analisem a complexidade da relação entre Estado e municípios no que tange a política de Educação permanente. A EFTS tem um papel preponderante na implementação dessa política, haja vista ser a única escola pública de formação dos trabalhadores de nível médio do SUS no âmbito estadual.

Frente a estas considerações, este capítulo tem como objetivo geral analisar o modelo de gestão para o desenvolvimento do curso de agente comunitário de Saúde nas diferentes regiões do estado e, como objetivos específicos, caracterizar os aspectos do modelo de gestão do curso descentralizado de agente comunitário de Saúde (ACS),⁴ definir o termo gestão descentralizada no âmbito da EFTS, identificar as ações da supervisão de gestão descentralizada relacionadas ao desenvolvimento do curso técnico do ACS desenvolvido pela EFTS e analisar em que medida a supervisão facilita ou dificulta a gestão descentralizada relacionada ao desenvolvimento do curso técnico do ACS realizado pela EFTS.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa exploratória utilizando-se o estudo de caso, numa abordagem qualitativa. O processo de produção dos dados envolveu a realização de entrevistas com informantes-chaves e análise de documentos referentes à

3 O documento “Normas de operacionalização dos cursos de Educação profissional de nível básico e técnico” da EFTS (p. 1-4), o qual se refere como “descentralizados” àqueles que se desenvolvem no interior do Estado e “centralizados” aos que acontecem na sede da EFTS, em Salvador. O mesmo documento, no item “Coordenação pedagógica/Supervisão”, refere que estes cursos têm “execução curricular descentralizada”, planejada inicialmente para ser acompanhado *in loco* pela supervisão do nível central a cada dois meses.

4 A formação do agente comunitário de Saúde é desenvolvida através de curso técnico, por iniciativa de projetos e programas de amplo alcance em todos os municípios da Federação, e fazem parte das políticas públicas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. É realizada através das escolas de formação técnica do SUS e na EFTS, com carga horária de 1.440 horas, dividido em três módulos, tendo sido realizado até o momento o módulo I, com 400 horas, em 367 municípios (87%). O módulo II está sendo desenvolvido num projeto piloto inicialmente em 50 municípios, dos 417 que compõem o estado da Bahia.

Educação profissional (portarias, projetos, documentos oficiais, relatórios). Para a sistematização das informações da pesquisa, buscou-se através da secretaria escolar da EFTS a identificação dos municípios das nove macrorregiões que tiveram seus cursos concluídos e os que ainda estavam em andamento, no período de 2008 a 2009: identificou-se sua situação didático-pedagógica e gerencial, presença das coordenadoras e docentes locais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva – ISC.

A pesquisa de campo foi realizada no nível central e em duas macrorregiões do estado, cujos cursos descentralizados estão situados em municípios de médio e pequeno porte na categoria de técnico de agente comunitário de Saúde (ACS).

O critério de escolha dos municípios teve por base relatórios e informações detalhadas junto ao grupo de supervisores do nível central que gerenciam a formação dos ACS, envolvendo cursos concluídos e em andamento nas macrorregiões do estado. Foram identificados aqueles iniciados no ano de 2008 a 2009 e, diante da situação apresentada, foram divididos em dois grupos: os ditos bem sucedidos e aqueles considerados precários e que não seguiam, segundo relato das supervisoras, os acordos institucionais.

No âmbito municipal, foram escolhidos, pelos critérios anteriormente relatados, 2 municípios por macrorregião, num total de 4. Os informantes-chave destes municípios foram: dois coordenadores e um docente no município A, um coordenador e dois docentes no município B, um coordenador e um docente no município C e dois docentes no município D, perfazendo um subtotal de dez informantes-chave, no âmbito municipal, e um total de 13 informantes-chave no estudo como um todo.

A partir das leituras das transcrições das entrevistas e reflexões foram confirmadas as categorias analíticas de gestão descentralizada, supervisão e gestão escolar, nas quais os temas da autonomia e da comunicação se evidenciaram de forma marcante.

Elementos teórico-conceituais

Bobbio, Matteuci e Pasquino (1994, p. 330) analisa a relatividade presente nos termos centralização e descentralização. Para o autor, “descentralização não surge de maneira igual em todos os lugares”, dependendo do ambiente social e do momento histórico. Descentralização e centralização de modo geral estão em contínua troca, resultando de um processo de concentração e desagregação,

gradual e muito lento, que se manifesta em cada sociedade. No entanto, há de se ter o “critério do mínimo indispensável para poder se falar de descentralização”.

Bobbio, Matteuci e Pasquino (1994, p. 329) refere ainda ser encontrada centralização/descentralização na sua totalidade apenas em teoria, haja vista que a descentralização total rompe com a noção de Estado. Do mesmo modo, a centralização total tem caráter utópico no Estado moderno, por conta da excessiva complexidade de finalidades e funções, que, por si só, significam que todos os ordenamentos jurídicos são centralizados e parcialmente descentralizados. Sendo assim, “não existe um sistema político-administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de uma ou de outra forma”. Diz ainda que os dois princípios estão entrelaçados e que a descentralização e centralização “muito dificilmente se encontram em estado puro” e, se assim fosse, por se tratar de diretivas de organização, apareceriam como imperfeitas.

Bobbio argumenta também que, na organização do Estado, o problema da descentralização e centralização está sempre presente, e que, para uma transformação, o único caminho é de um movimento gradual e progressivo.

Refere Guimarães (1999) que, na literatura, os registros sobre o termo descentralização vêm desde as obras clássicas sobre teoria do Estado até aquelas do campo da Administração, de modo que na literatura nacional e internacional possuem uma variedade de entendimentos e concepções de diferentes valores, que o torna controvertido e polêmico.

Bobbio, Matteuci e Pasquino (1994, p. 334) ressalta as tipologias acerca da descentralização de uso mais comuns, a saber: desconcentração ou descentralização hierárquica como “uma tentativa de descongestionamento da administração pública central, multiplicando no interior do Estado, os órgãos periféricos sem incidir de maneira substancial o poder de decisão e sem se sobrepujar à ordem hierárquica”. Ele diferencia, portanto, descentralização de desconcentração, como também distingue descentralização política de descentralização administrativa, também chamada de descentralização dos serviços, o que não coincide com a noção de autonomia local, por isso, não significa criação de organismos descentralizados autônomos. Ao contrário, “a descentralização implica a existência de uma pluralidade de níveis de decisão exercidos de forma autônoma pelos órgãos, independente do centro”. (BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 1994, p. 333-334)

Importante destacar que a tendência atual do debate sobre descentralização é a discussão acerca da dimensão normativa, que diz respeito à discussão sobre arranjos institucionais, e a dimensão política, que privilegia os embates e

confrontos de poder tanto entre níveis de governo quanto entre atores sociais distintos, não podendo ser concebida apenas na sua dimensão formal-legal.

De modo geral, a descentralização não dispensa monitoramento ou acompanhamento da instância descentralizadora, mas mantém uma concepção dialética e participativa, entre aquelas que recebem as ações descentralizadas, com o devido acompanhamento, criando espaços de reflexão e apostando num trabalho coletivo.

Nesse sentido, a EFTS vem desenvolvendo a formação técnica de nível médio, em parceria com outras instituições, no modelo de descentralização administrativa ou descentralização de serviços, buscando atingir o objetivo da sua missão, embora este diálogo necessite ser desenvolvido com maior consistência e habilidade no que se refere a uma melhor integração com vistas à formação descentralizada.

Conclui-se que o caminho descentralização-centralização é estratégico para as reformas institucionais e políticas referendadas por estudos na América Latina e no Brasil. Entre outras vantagens já citadas, é também um meio de repensar novos arranjos institucionais.

Segundo Vilas-Bôas (1997), qualquer reflexão sobre a prática da supervisão partirá inicialmente de sua conceituação, seus objetivos, o porquê, para que e como supervisionar. No âmbito educacional, se apresenta como instrumento vital de controle da qualidade, numa visão crítica, construtiva, que enobrece as ações educativas colocadas a serviço dos sujeitos e dos grupos, com a finalidade de transformá-los para melhor. Aparece como entidade autônoma que se auto-define e que se constitui como instrumento pedagógico. (PERES, 1986; NUNES, 1986)

A prática da supervisão está presente nos processos de trabalho, que se desenvolvem em bases coletivas, notadamente nas áreas de Educação e Saúde, e através da divisão e integração de tarefas, em que as funções de gerência estejam separadas das funções de execução, independente da rigidez ou flexibilidade das estruturas administrativas da organização. A Carta de Ottawa sobre a promoção da Saúde define Educação em Saúde como um conjunto de práticas pedagógicas, de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação. (BRASIL, 2002) No caso da gestão, estas características humanizam e até se contrapõem ao polo de controle, muito próprio das funções de mando, como, por exemplo, a supervisão. A prática da supervisão está presente nos processos de trabalho, que se desenvolvem em bases coletivas, notadamente nas áreas de Educação e Saúde, e através da divisão e integração de tarefas, em que as fun-

ções de gerência estejam separadas das funções de execução, independente da rigidez ou flexibilidade das estruturas administrativas da organização.

Gestão educacional como um elemento da supervisão descentralizada na EFTS

A expressão “gestão educacional” remete ao caráter amplo e abrangente do sistema de ensino. Para Luck (2006), o conceito de gestão educacional corresponde

[...] à área de atuação, responsável por estabelecer o direcionamento e a mobilização, capazes de sustentar e dinamizar o modo de ser e de fazer dos sistemas de ensino e das escolas, para realizar ações conjuntas, associadas e articuladas visando o objetivo comum da qualidade do ensino e seus resultados.

No âmbito da Educação brasileira, a gestão educacional vem sendo destacada em três dimensões fundamentais: a descentralização do ensino, sua democratização e a autonomia da gestão escolar, que são facetas da gestão democrática, propostas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9394/96, cuja prática, em nosso contexto, demanda ainda muita observação, reflexão e estudo. (LUCK, 2006)

Descentralização e desconcentração do poder são vistas como forma de tornar ágil o processo decisório, levando oportunidade de decisão em níveis cada vez mais próximos do local em que os problemas ocorrem, mesmo sabendo-se que nem sempre essa decisão vem acompanhada de condições necessárias para o exercício dessa autonomia, imprimindo-lhe ao mesmo tempo a responsabilidade pelos resultados. Poderá, então, acontecer o sucesso ou o insucesso da gestão escolar.

Segundo Sander (1995, p. 67), a descentralização de fato ocorre “[...] quando o poder de decisão sobre o que é realmente relevante no campo pedagógico e administrativo se instala na escola”. Vai além da desconcentração geográfica, com vistas a um processo de gestão escolar efetivo e eficaz.

Para Ghanen (1998), a democratização no meio escolar “[...] é a conquista do poder por quem não o tem”, que leva ao empoderamento de todos da instituição (professores, funcionários e gestores), destacando-se o discente, em última instância.

Assim, “[...] descentralização do poder, democratização do ensino, autogestão, instituição de parcerias, flexibilização de experiências, multidisciplinaridade, são alguns dos conceitos, relacionados a essa mudança”, sintetizados na autonomia financeira, política, administrativa e pedagógica, como lembra Luck (2008, p. 62, 103).

Na EFTS, a gestão escolar descentralizada desenvolve-se com base na desconcentração geográfica dos cursos, no âmbito dos municípios, com claro sentido de busca da democratização do ensino técnico de nível médio, com vistas a facilitar o acesso para a qualificação dos trabalhadores de Saúde, através de uma escola referenciada que tem por base os paradigmas de formação para o Sistema Único de Saúde. Para isso utiliza metodologias inovadoras, proativas, de cunho problematizador, que facilitem o entendimento das necessidades de Saúde da população.

Ainda que a democratização da gestão ocorra na modalidade de descentralização hierárquica, através do monitoramento do nível central há ampliação e flexibilização desse processo, tornando mais ágil a formação de grande contingente de trabalhadores.

Colaboram para isso, como coordenadores e docentes, no âmbito municipal, os enfermeiros que atuam na atenção básica, trabalhadores, portanto, do próprio serviço, visto que o perfil desses profissionais facilita o processo pedagógico e confere um vínculo entre a formação, o serviço de Saúde e a comunidade, pois, teoricamente, possuem o conhecimento dos determinantes sociais e das necessidades de Saúde da população, fatos que facilitam o planejamento das atividades pedagógicas, sobretudo na inserção das práticas de campo dos discentes.

A complexidade da descentralização do ensino leva em muitos casos a se praticar em maior âmbito a desconcentração, que, no caso da EFTS, delega autoridade para os níveis mais próximos dos usuários, promove a transferência de responsabilidade de forma regulamentada, mas tutelada pelo poder central, através de normas e prestações de contas.

Na EFTS, os recursos destinados à formação dos ACS são transferidos diretamente do fundo estadual para o fundo municipal, buscando-se a participação das instâncias de controle social e de representantes da comunidade, embora, com o acompanhamento e controle do poder central.

Sendo assim, a descentralização na EFTS se dá apenas na organização curricular, desenvolvida em salas descentralizadas em que os supervisores do nível

central, coordenadores e docentes municipais elaboram o planejamento das aulas conjuntamente, seguindo as diretrizes curriculares da EFTS.

Portanto, essa “descentralização” (ou desconcentração) vai se delineando enquanto política social, na perspectiva de mudanças, delegando ou compartilhando o comando e o controle para coordenar e executar a docência, levando a EFTS a adquirir sua capacidade organizacional de descentralização da organização curricular e o município a participar da formação dos trabalhadores do SUS. A descentralização do ensino de formação técnica, realizado na EFTS tem relação direta com a supervisão descentralizada.⁵

Resultados e discussão

O curso técnico descentralizado do ACS: características e modelo de gestão

O curso técnico do ACS é ministrado pelas enfermeiras das equipes de Saúde da família (ESF), preparadas pedagogicamente pela EFTS, tendo como discentes seus respectivos ACS do Programa de Saúde da Família (PSF), numa estratégia de potencializar os vínculos do enfermeiro-ACS-comunidade. A adesão dos municípios e instituições conveniadas da rede SUS para realização da maioria dos cursos da EFTS se dá de duas formas: demanda espontânea, cuja realização se dá através de cooperação técnica com o Estado, ou oferta do município para o pessoal da comunidade com vistas a ampliar os serviços de Saúde, sendo esta realizada através de seleção pública.

A gestão descentralizada na ótica das entrevistadas

Ao responderem o que significa gestão descentralizada dos cursos da EFTS, coordenadoras e docentes enfatizaram termos como: autonomia, governabilidade, participação, compartilhar poder, coliderança, liderar juntos, entre outros, termos estes que se coadunam com o conceito de parceria, pactuação e que enfatizam a transferência do poder para a esfera mais próxima do usuário local para criar maiores possibilidades de concretização das ações descentralizadas.

Alguns depoimentos ilustram a pouca resolutividade, iniciativa e engajamento na busca de soluções para as dificuldades do serviço.

⁵ Supervisão descentralizada na EFTS tem sido entendida como aquela realizada pelas supervisoras do âmbito central em salas descentralizadas nos municípios onde estão sendo desenvolvidos os cursos de formação técnica.

[...] a falta de percepção do supervisor aqui [...] a autonomia que ele tem, acho que o costume de ser o tempo inteiro essa formação assim, dependente, de não tomar muito a decisão, alguns tomam, mas, eu noto que falta assumir essa autonomia para resolver os problemas lá na ponta. Então às vezes vai, tem contato com o problema, não resolve, chega aqui e ainda vai discutir conversar o que vai fazer o que já poderia ter discutido. O medo de errar. Eu e a gestão hoje damos essa liberdade, não tem esse problema [...]

[...] agora, a gente precisa criar mais força e dar mais instrumentos, elementos teóricos, para as supervisoras desenvolver o trabalho com mais segurança, mais autonomia [...].
(E13)

A atuação da supervisão deve ser estratégica, tendo os profissionais deste grupo, um papel político, pedagógico e técnico. No entanto, muitas vezes essa atitude é influenciada pela limitação de conhecimento, cabendo aos gestores buscar alternativas no sentido de promover seu desenvolvimento a fim de desempenhar melhor as habilidades, atitudes, como também, e, principalmente, avaliar se o perfil do profissional é compatível para a função.

No entanto, a mesma entrevistada reconhece que:

[...] o problema que acarreta tudo isso é a falta de uma política pra formação desse supervisor e aí essa formação tem a ver com a consciência sanitária... se você cria o alicerce... conhece mais o contexto, fica mais tranquilo para tomar as decisões [...]. (E13)

A supervisão na gestão dos cursos descentralizados da EFTS

O conceito de supervisão abordado neste estudo tem o significado de acompanhamento de processo numa perspectiva dialógica, um monitoramento qualificado.

Embora o peso da palavra “supervisão” tenha um histórico com a conotação de fiscalização, imposição, a EFTS tem buscado, com ações da sua equipe, um espaço de diálogo, corresponsabilidade e realinhamento das ações. Nesse sentido, foram definidas cinco dimensões para orientar o desenvolvimento das ações do supervisor: dimensão ética, política, pedagógica, técnica, administrativa e financeira (BAHIA, 2007), tornando-se imprescindível aos supervisores o desenvolvimento de competências afins.

No que se refere às práticas pedagógicas, a supervisão na EFTS vem aos poucos imprimindo uma orientação ao processo de trabalho construído numa

experiência pedagógica, de caráter emancipatório, contradizendo a experiência de ensino de práticas tradicionais e autoritárias ainda tão presentes entre nós, como refere Freire (2009)

Características do processo da supervisão descentralizada

O supervisor é o ator responsável pelo planejamento, implantação e avaliação dos cursos descentralizados, que na EFTS ocupa a maioria das atividades docentes. A função tem caráter técnico-pedagógico e gerencial.

No âmbito central, atualmente a equipe de supervisores é constituída por 14 profissionais de nível superior, com formações variadas, os chamados “supervisores descentralizados”, e, no âmbito local/municipal, existem docentes/supervisores em todos os municípios do Estado onde os cursos estão em andamento.

Fatores como a amplitude das macrorregiões e dificuldades de deslocamento tem sido delegado ao supervisor, o que tem encurtado seu tempo de planejamento e acompanhamento dos cursos descentralizados.

A supervisão na EFTS apresenta também lacunas na comunicação, por falta de um sistema de informação integrado em tempo real, ações de suporte como implementação de tecnologias no processo de trabalho que facilitem a tomada de decisões e promova a reestruturação do modelo de gestão, melhoria do monitoramento das ações, da capacitação técnico administrativo gerencial, implantação do ensino a distância (EaD) e consolidação de parcerias.

Aspectos que facilitam e dificultam a ação descentralizada

As evidências apontam um conjunto de fatores que contribuirão positivamente para a ação descentralizada dos cursos realizados pela EFTS. Merece destaque a referência dos entrevistados ao projeto político-pedagógico e seu significado para a equipe de trabalho, assim como a atualização dos docentes e a articulação entre os profissionais.

De facilidades acho que a primeira coisa é o pensamento que a Escola tem com relação ao seu processo pedagógico, a definição de uma proposta pedagógica, clara em que vai buscar nos sujeitos também essa corresponsabilidade [...] mas, que se alinhe também com a proposta governamental [...] somos pertencentes também a uma instituição governamental, e que os gestores que estão mais acima, facilitem esses processos, já que tem essa proposta no projeto político-pedagógico da escola [...]. (E11)

A predisposição das futuras docentes para compreender e levar adiante o processo pedagógico:

[...] agiram melhor entre eles achei que eles ficaram mais soltos e deram importância às rotinas do dia a dia da equipe de saúde no trabalho deles [...] passaram a pensar mais, passaram a se sentir mais valorizados [...] a perceber a importância deles no sistema de saúde. (E5)

Buscando o alinhamento das ações pedagógicas:

Acho que o módulo mesmo [...] é bastante explicativo [...] os textos são bons [...] quando reunimos com todas as enfermeiras...discutindo o que a gente vai fazer para depois não ficar, minha turma fez de um jeito e a outra fez de outro e aí quando os próprios alunos se encontram eles falam eu aprendi desse jeito, isso eu aprendi daquele outro [...] a gente tá tentando fazer o trabalho sempre discutindo e passando sempre de uma forma igualitária pra todo mundo. (E8)

Buscando o apoio à aprendizagem...

Facilidades [...] eu achei que o livro que foi elaborado facilitou muito e que se a gente tivesse tido capacitação teria sido bem melhor esse repassar de assuntos de pontos para os ACS. [...] ajudou também para os ACS, eles entenderam melhor como realizar o trabalho deles, como ir a campo, como trabalhar melhor, com a ética profissional, através do próprio mapa, então isso facilitou o trabalho deles [...]. (E9)

Primeiro, a decisão política da escola em realizar o curso e o reconhecimento político que ela é importante para o processo de educação permanente. Outra facilidade é o reconhecimento dos gestores atuais da importância da Escola e facilitar todo o processo de trabalho que ela desenvolve. (E11)

No que tange as dificuldades encontradas, destacam-se os entraves políticos, repasses financeiros não cumpridos, local inadequado para o desenvolvimento das aulas, falta de alimentação, de água e de deslocamento para docentes e discentes durante os cursos, questões burocráticas no cotidiano de trabalho, pouca presença da coordenadora local, dubiedade de orientações, dificuldade de contato com a supervisora central, não cumprimento do termo de compromisso por parte do gestor municipal, poucos recursos didáticos na preparação e no desenvolvimento das aulas, falhas na distribuição de material por parte da EFTS,

baixa capacidade de gerenciamento local/autonomia, entraves para realização da capacitação docente. Outras dificuldades foram relatadas e merecem destaque, como a deficiência de comunicação e dubiedade de orientação de supervisoras da EFTS:

Os retornos, o contato da EFTS com a gente, às vezes, é pouco [...] e a gente tem muita dúvida, principalmente no início [...] você liga, você não encontra [...] você fala com uma, ela diz é assim, faz assim, aí eu passo às enfermeiras e depois chega outra e diz não é assim quem lhe ensinou isso? Também quando troca a supervisora [...] uma me explicou de um jeito e a outra diz 'Ah! mas não é assim' [...]. (E3)

[...] Outra dificuldade [...] é conseguir contato com a supervisora da EFTS. [...] você fala com uma e ela diz 'É assim, faz assim', aí lá na frente [...] outra diz 'Ah! mas não é assim', entendeu? (E3)

A primeira dificuldade é a gestão mesmo a secretaria de saúde [...] os secretários e o prefeito. [...] nós não tínhamos carro de PSF, então as enfermeiras não tem como fazer as visitas acompanhado dos ACS nas localidades mais distantes, as que estão ali perto ou os ACS que tem moto vão com elas [...] questão da alimentação os ACS reclamam muito, porque dá pra uns e não dá pra outros, não tem local apropriado, então tem que ser em escolas no horário que as escolas não têm aulas, que é a noite e os ACS que moram no interior não podem vir pra cá [...] a gratificação porque vem direto pra prefeitura e não repassa. Aqui não foi pago às enfermeiras e elas recolheram as cadernetas para pressionar, então eu fico sem terminar meu trabalho aqui [...]. (E4)

Difícil acesso à informação por parte da docente local com sua coordenadora e com a EFTS:

[...]. acho que poderia realizar uma maior comunicação com a escola [...] muitas vezes a coordenação local, tem muita coisa, está envolvida com muitas coisas... a gente conversa com a coordenação local e não tem feedback [...] então, se a gente pudesse ter a parceria diretamente com a escola, eu sei que existe hierarquia que a gente tem que seguir [...] mas, muitas vezes existem várias situações [...] se a gente tivesse aquela autonomia [...] pra tá procurando a escola e tentar resolver diretamente com ela [...]. (E6)

Pouco ou nenhum entendimento das supervisoras do âmbito central com o Fundo Estadual de Saúde (Fesba).

[...] a questão da gratificação vem direto pra prefeitura e [...] não repassam, terminamos o curso, tudo direitinho, só que não foi pago às enfermeiras e elas recolheram as cadernetas, então, eu como coordenadora, fico sem terminar meu trabalho aqui. (E7)

[...] a escola veio aqui, conversou com o prefeito que ele assinou o termo de compromisso [...] não tenho o que falar da escola, mas a Dires (Diretoria Regional de Saúde) deveria ter dado um apoio à nossa equipe e tentar explicar pra gestão o que eu não consegui fazer com que entendessem. (E4)

A gente teve o apoio da escola, no início veio aqui, mas no período dos quatro meses, a escola poderia ter sido mais presente no município. [...] em relação ao pagamento do curso, não foi feita em tempo hábil. o gestor municipal foi quem arcou com as despesas [...] poderiam parar as turmas. [...] o material didático enviado desde 2007 [...] só foram encontrado os módulos, não tem bolsa, CD, DVD, caderno, não encontrei mais nada [...]. (E1)

A falta de tempo da coordenadora para as ações pedagógicas tornou-se a maior dificuldade enfrentada para o acompanhamento do curso, o que é recorrente no depoimento dos seus pares.

[...] aqui a gente teve muito trabalho, porque tivemos uma coordenadora que deixou muito a desejar. Ela reuniu a equipe uma vez porque ligamos pra Salvador reclamando que não estávamos tendo nenhuma assistência [...] não tinha local pra fazer o curso [...] quando chegamos lá não tinha nenhuma cadeira, tive que ir atrás, não tinha nenhuma televisão, como é que a gente ia passar os CD's? simplesmente, nós juntamos as instrutoras e resolvemos fazer por conta própria e não deixar os ACS prejudicados. (E10)

[...] a principal dificuldade é ter o tempo pequeno pra acompanhar, fazer a supervisão [...] Somos o elo, o ponto do apoio entre a escola e a turma aqui e a nossa presença dá mais segurança aos alunos [...] a gente vê como é que está o curso, quais as dificuldades que eles estão sentindo [...]. (E4)

Ausência do planejamento e comunicação na gestão municipal e ausência de monitoramento do âmbito central também são sinalizadas:

A gente teve que improvisar esse curso foi realizado numa casa de um agente de saúde, então já começou a desandar daí, faltou material, os livros não vieram todos, almoço não tinha. Todos os ACS contribuíram, uns davam galinha, outros davam arroz, outro, feijão, outro dava um botijão de gás pra poder sair o almoço [...] lanche não tinha,

então tudo isso aí a gente tem que procurar organizar, pra poder fazer um curso adequado, certo? (E9)

Os depoimentos revelam o esforço dos docentes e o gasto de tempo e energia para garantir as condições necessárias ao aprendizado e a oportunidade da qualificação. Por outro lado, tal esforço pode contribuir para os gestores se omitirem, nas ações que devem ser desencadeadas para provimento das condições requeridas.

O que estas experiências e tentativas revelam é o fato do fenômeno educativo ser mais complexo do que as formulações das políticas educacionais elaboradas pelos governos. Assim, Russo (2007) diz que apesar dos fatores sociais terem destaque na qualidade de ensino, esta é também produto de inúmeros fatores internos e externos. Os externos decorrem das condições socioeconômicas e das políticas educacionais. Os internos decorrem das condições produzidas pela forma como a escola é gerida.

[...] a maior dificuldade é a gestão, mesmo, [...] a secretaria de saúde, os secretários, o prefeito [...] então, não tínhamos carro do PSF [...] as enfermeiras não têm como fazer as visitas mais distantes [...] os ACS que tem motos vão com elas [...] não tem local apropriado para aulas e as escolas estão livres somente à noite, mas os ACS que moram no interior não podem vir pra cá [...]. (E4)

Entre as docentes que desenvolveram o processo em sala de aula, as experiências não foram diferentes:

[...] as dificuldades enfrentadas por mim, a princípio foram estruturais [...] no primeiro módulo [unidade] nós ficamos num local assim não muito apropriado [...] quente, não tinha água para os alunos, foi estrutural [...] não teve lanche, a gente tinha que estar interrompendo a aula pra explicar, pra não inflamar a coisa, prá não incentivá-los a tá exigindo [...] a gente foi meio coordenadora, fazendo essa negociação, pra eles não se mobilizarem, não se levantarem contra eles [gestores] [...] a gente foi tentando amenizar a situação [...] falando que não era obrigação deles [gestores] [...] não teve como ter lanche, então, que eles [alunos] entendessem [...]. (E2)

Outros aspectos relevantes permeiam as dificuldades das supervisoras no nível central, sejam elas relacionadas com a insuficiência de pessoal, com a especificidade do trabalho desenvolvido e definição inadequada das funções.

[...] o número de supervisores que a gente tem em relação ao número de cursos desenvolvidos [...] Está inadequado [...] mas ainda não temos um estudo qualitativo que nos dê um subsídio pra dizer de fato, esse número de supervisores está 'ok' ou não está. (E12)

[...] outra dificuldade são atividades para as quais nós somos convocadas... Uma série de sobrecargas de serviço [...]. que não são próprias da supervisão como, elaboração de plano de curso, capacitações pedagógicas, participação em reuniões extracurriculares, dar suporte a outras áreas de colegas ou às próprias colegas que estão assoberbadas [...] As outras demandas na escola que também solicita a gente muitas vezes atrapalha. (E10)

[...] Outra dificuldade é que a gente não atua para aquilo em que fomos contratadas. Deveria ter um reconhecimento da Secretaria de Saúde [...] porque nosso processo de trabalho é diferenciado e também deveria ter condições de trabalho compatíveis [...] com relação à salário, horário de trabalho, enfim [...] a questão financeira [...] muitas vezes não facilita nosso processo de supervisão. (E12)

[...] Também a entrega do relatório está ligada aos dados, então essa entrega é uma dificuldade das pessoas que fazem a supervisão rapidamente devolver esses relatórios [...]. (E13)

[...] Uma questão também que dificulta é o planejamento para a implantação dos cursos, às vezes ele deixa a desejar [...]. (E13)

A especificidade do trabalho requer uma redefinição dos elementos de gestão que não são apenas as medidas de caráter administrativo, financeiro e organizacional semelhante a uma escola tradicional. O fato de a EFTS trabalhar com uma clientela, cujo produto em sua grande maioria está em salas descentralizadas, de variadas regiões, necessita de deslocamentos da sua equipe de supervisão, com suas respectivas especificidades, depende de argumentação consistente do grupo gestor, para enfrentamento junto ao governo central, com relação às condições de trabalho, aquisição e redimensionamento de pessoal.

Outra dificuldade é a pouca articulação, negociação política e de comunicação entre os níveis central e local por parte dos supervisores, como ilustra o depoimento a seguir:

[...] outras ações seriam a articulação com os gestores municipais, não só do âmbito da saúde, mas também do âmbito de outras secretarias, que irão interferir naquele processo de aprendizagem dos alunos [...] entrevistas com setores da sociedade civil organizada,

pra saber o resultado, o impacto daqueles cursos que estão sendo realizados, e a divulgação das ações daqueles cursos, pra que a comunidade tome conhecimento [...] articulação com órgãos da educação e outras possibilidades que existem de infra estrutura e até de instrutores [...]. (E11)

Segundo Silva (1997), o educador não é mais aquele que cuidava de todas as etapas do processo educacional como um artesão. A complexidade da escola hoje está posta pela necessidade de atender uma clientela imensa e diversificada que impõe a realização de ações específicas a fim de possibilitar o funcionamento desse sistema. (SILVA, 1997)

A articulação da escola com outras instâncias faz parte do processo de gestão democrática da Educação que é entendida como processo de aprendizado e luta política que não se limita apenas à prática educativa, mas cria possibilidade de outros canais de participação e de aprendizado do “jogo” democrático, assim ilustrado por Dourado (2006), quando repensa as estruturas do poder autoritário que permeiam as relações sociais dentro e fora da escola e do processo de trabalho. Ele sinaliza para a necessidade de identificar e estabelecer parcerias com entidades afins, para o desenvolvimento de atividades técnico-pedagógicas. A ausência de autonomia também foi destacada como dificuldade sentida pelas entrevistadas, como também discrepâncias na orientação da supervisora central:

[...] às vezes me sinto assim [...] algumas coisas que eu poderia realizar teria que pedir autorização à EFTS, e, como a EFTS conduz, [...] já houve caso que pra mim houve dúvidas [...] uma supervisora conduz de um jeito [...] outra conduz de forma diferente e me deixa confusa, que se deixasse por minha conta, resolveria do meu jeito, entendeu? eu senti isso [...]. (E3)

Acho que falta uma comunicação com a escola porque a coordenação local está envolvida em muitas outras cenas, a gente conversa e não tem feedback não tem aquela resposta imediata pra dá a gente [...] se a gente pudesse ter a parceria com a escola [...] eu sei que existe hierarquia que a gente tem que seguir [...] mas muitas vezes existem várias situações que se a coordenação local [...] não conseguisse resolver [...] se a gente tivesse aquela autonomia pra tá procurando a escola [...]. (E7)

A autonomia do estado e dos municípios, assim como as relações de poder, são percebidas durante as ações de supervisão. Isto implica em negociação conjunta com acompanhamento compartilhado que reflita as necessidades do processo de supervisão.

Outra coisa é a questão da autonomia que tem o estado, que tem os municípios. Ao mesmo tempo em que ajuda muitas vezes dificulta um pouco o processo, porque cada um estabelece suas prioridades, sua forma de trabalho [...] suas necessidades também são estabelecidas de formas diferentes tem que estar atento a isso pra que o processo atenda justamente às necessidades daquela comunidade [...] e a forma de agir, de trabalhar, de resolver também são diferentes, muitas vezes tem que ter um jogo de cintura muito grande com relação a isso. (E12)

Nesse sentido, a gestão escolar é a área de atuação responsável por estabelecer o direcionamento e a mobilização, capazes de sustentar e dinamizar o modo de ser e de fazer dos sistemas de ensino e das escolas, para realizar ações conjuntas, associadas e articuladas visando o objetivo comum da qualidade do ensino e seus resultados. (LUCK, 2006)

Desafios e perspectivas: uma tentativa de modelo

O modelo apresentado por Nunes (BAHIA, 2008) destaca aspectos do processo de supervisão que vem sendo adotados pela EFTS e outros em vias de serem incorporados, como, por exemplo, ampliação para outras macrorregiões do polo descentralizado, organização do sistema de informação para imprimir dinamicidade à relação entre os níveis central e local, análise da possibilidade de organização do sistema de supervisão com uma dinâmica de rede, convivendo com práticas de monitoramento e de gestão do conhecimento, adoção de uma supervisão especializada (técnica) para atuar no planejamento geral dos cursos de salas descentralizadas da EFTS, na organização e monitoramento dos processos regulatórios que permeiam a oferta de cursos e a supervisão polivalente como gerentes de ensino descentralizados, mas integrados a uma ação de planejamento que terá seu papel complementado com outras ações estratégicas da escola.

De fato, a configuração de rede parece ser a que melhor caracteriza o modelo que deve ser adotado. Segundo Trevisan e Junqueira (2007, p. 90), é a base de qualquer sistema operacional descentralizado, lembrando que “o texto constitucional, no seu artigo 198, privilegia o conceito de rede, e a operacionalização da política pública que norteou a implantação do SUS optou por atividades interorganizacionais”. Assim, o conceito de rede se insere como essencial para que atividades com estas características estabeleçam conexões entre a oferta de um bem e a sua demanda.

Para isso torna-se pertinente a disseminação das unidades descentralizadas da EFTS nas diferentes macrorregiões, desde que o processo de trabalho contemple ações como uma avaliação mais sistemática e organizada dos processos de gestão pedagógica, a realização de oficinas e encontros periódicos com os trabalhadores das referidas unidades, promovendo a construção de novos processos e arranjos institucionais, pois assim teriam melhores condições de tempo para produção de material didático, melhor planejamento e execução da formação de docentes, criação de grupo de pesquisa e registro da produção do conhecimento, incremento de avaliações sistemáticas, entre outras.

A supervisão com estas características proporcionaria melhor convivência entre as equipes central e local, favorecendo processos de reflexão crítica e de Educação Permanente, potencializando seu papel de apoiador e agenciador de mudanças, alguém que ajudasse na identificação e enfrentamento de problemas.

Por sua vez, a instituição, ampliando a abertura destas unidades para o meio externo, contribui para o empoderamento do nível local, com maior visibilidade da instituição, mais presença e segurança para os processos de formação profissional, como também contribuindo para consolidar a descentralização desses serviços, na perspectiva de uma rede de cooperação sistematizada.

A rede favorece a associatividade, contribuindo para aprofundar o processo de descentralização, com o movimento de pessoas, instituições e até equipamentos, pode favorecer a forma de convivência e atuação da EFTS na gestão dessa rede, constituindo uma supervisão colegiada.

Esse formato poderia fortalecer também o papel das Diretorias Regionais de Saúde (Dires), ou os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugets) que, entre outras funções, visam desenvolver o gerenciamento e suporte técnico das necessidades de formação dos trabalhadores para rede SUS, nas suas áreas de abrangência, possibilitando melhor entrosamento com os parceiros da região e potencializando nova forma de acompanhamento dos cursos nos diferentes municípios.

Assim, a EFTS poderá ter maior clareza do cotidiano de cada um dos cursos desenvolvidos, sem, no entanto, inviabilizar a presença da supervisão central, pois as escolas-classe (âmbito local) requerem um acompanhamento permanente e este supervisor é a peça fundamental como mediador dessa relação. Desse modo, o supervisor central ficaria mais disponível para atender com mais efetividade ao planejamento no seu raio de ação. (BAHIA, 2008)

Considerações finais

Os achados demonstram que a descentralização traz como benefício a tomada de consciência por parte dos atores envolvidos na formação dos trabalhadores, requerendo uma gestão eficaz, demandando habilidades para administrar pessoas, recursos materiais e financeiros, atuar como protagonistas nas instâncias *loco* regionais de articulação em Educação permanente do SUS com a Educação profissional de nível médio.

Para tanto, é necessário compreender os princípios e valores pedagógicos referidos no projeto político-pedagógico reconhecendo a Educação como ação transformadora, e, a partir deles, delinear as diferentes dimensões do seu processo de supervisão para que esta transformação atinja o processo de trabalho dos ACS e conseqüentemente a reorganização dos serviços de Saúde do SUS-Bahia.

Vale destacar a importância de motivar seus educadores para a criatividade e inovação em todas as etapas do processo educativo relacionado à supervisão (planejamento, implantação, acompanhamento, avaliação), com destaque para a interação com equipes locais, o respeito às diversidades, o estímulo às potencialidades, desenvolvimento de habilidade de comunicação, dentre outros fatores de importância para essa construção.

O resultado deste estudo revela que as características de descentralização na EFTS remetem aos seguintes aspectos: é uma descentralização administrativa, que na prática se configura como descentralização da organização curricular, desenvolvida em salas descentralizadas, nos municípios do estado, com transferência de recursos do fundo estadual para o fundo municipal de Saúde, e controle do nível central.

Descentralização, na sua essência, implica na existência de uma pluralidade de níveis de decisão, exercidos de forma autônoma pelos órgãos, independentes do nível central.

Com isto, esta modalidade de descentralização, exercida sem autonomia local, significa que há necessidade da presença do nível central para mediar os processos, não se configurando em descentralização propriamente dita, mas uma desconcentração ou descentralização hierárquica, ou descentralização dos serviços, sendo descentralização administrativa conceito similar e diferente de descentralização, pois, aqueles são tentativas de descongestionamento da administração pública central multiplicando-se no interior do estado em órgãos periféricos, sem, no entanto, dar-lhes de modo efetivo o poder de decisão e sem permitir que se sobreponha à ordem hierárquica do nível central.

Assim, é uma prática de transferência de responsabilidade administrativa, sem poder decisório, para outros níveis hierárquicos no poder municipal.

É estratégico para as reformas institucionais e políticas repensar novos arranjos na organização das práticas. É relevante o consenso em torno de ideias centrais como transferências de recursos financeiros e de poder decisório compartilhado e controle social no que se refere à aplicação de recursos, aumento de responsabilidades das competências locais visando a superação dos conflitos no que tange a distribuição de poder, de serviços e de recursos entre esferas de governo.

Sobre a adoção do termo de compromisso, percebeu-se que há pontos de conflitos na negociação, pactuação e articulação entre as esferas central e local. Não há efetiva gestão compartilhada de poder e coliderança. É necessária a adoção de estratégia que garanta o compromisso entre as partes.

No que se refere à supervisão, é um canal importante de mediação entre poder central e nível local. A prática dialógica desenvolvida no processo de formação, apesar das dificuldades enfrentadas, vem sinalizando mudanças do estilo conservador e fracionado para um modo de ensino mais integrador no desenvolvimento da organização curricular.

Quanto à supervisão do âmbito central, nesse contexto, trata-se de uma função indispensável de suporte à gestão, com a missão de acompanhar e avaliar buscando a qualidade do ensino. Para isso, um conjunto de habilidades é necessário, visto que lidar com pessoas no ambiente de formação, recursos materiais e financeiros, compreensão do processo pedagógico, exige uma atuação como protagonista da Educação permanente em Saúde do SUS e da Educação profissional de nível médio.

Por outro lado, para o fortalecimento da gestão escolar, é necessário abrir canais de participação, através de órgãos colegiados, de modo que se vincule a organização do trabalho pedagógico a outras potencialidades locais e não apenas na área da Saúde, a fim de facilitar a capilaridade e efetividade das ações da educação profissional e de potencializar o desenvolvimento da consciência crítica por intermédio de novos métodos, espaços e atores pedagógicos, incorporando novas sistemáticas de desenvolvimento e avaliação. É pertinente incluir a pesquisa científica e projetos de intervenção nos conteúdos dos cursos da EFTS, de modo que se potencialize o processo educativo, sobretudo no curso de ACS, com reconhecida capilaridade na comunidade e nas práticas de prevenção e promoção da Saúde, ampliando a construção do conhecimento, incentivo ao corpo docente e discente na investigação dos seus processos de trabalho, ampliação e

divulgação da EFTS no âmbito da Saúde e Educação, através de uma produção científica de qualidade.

As dificuldades levantadas por este estudo revelaram desigualdades entre as regiões e também um processo eminentemente político, com muitos pontos convergentes em todos os municípios pesquisados: problemas pedagógicos, administrativos, gerenciais, políticos e financeiros. Isto sugere ser necessário melhor planejamento e consolidação das parcerias e melhor comunicação integrada e estruturada num sistema eficiente e eficaz de informação e informatização.

Reafirmamos a importância da supervisão para a gestão escolar de uma escola desta natureza. Porém, há carência na instituição de um documento explicitador e norteador das ações detalhadas da supervisão e do seu processo pedagógico, tais como conceito, características, normas, recomendações, indicadores de avaliação, explicações sobre o estágio, limitações, facilidades, dificuldades, mudanças ocorridas e outros itens, no intuito de que os supervisores internos e externos desenvolvam suas práticas de forma coerente, evitando dubiedade nos discursos e nas ações atreladas aos princípios do projeto político-pedagógico da EFTS.

Referências

- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Escola de Formação Técnica em Saúde. *Regimento Escolar*. Salvador, 2004.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Escola de Formação Técnica em Saúde. *Projeto Político Pedagógico*. Salvador, 2007.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. *A supervisão na EFTS: descentralização com inclusão e sinergia entre os atores envolvidos na oferta educativa*. Salvador, 2008. Documento de Consultoria.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. (Série: B. Textos Básicos em Saúde).
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 6. ed. Brasília- DF: Universidade de Brasília, 1994. p. 329-334.
- DOURADO, L. F. A escolha de dirigentes escolares: políticas e gestão da educação no Brasil. In: FERREIRA, N. S. C. (Org.). *Gestão democrática da educação: atuais tendências, novos desafios*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2009. (Coleção Leitura).
- GHANEN, E. *Democracia: uma grande escola: alternativas de apoio à democratização da gestão*. São Paulo: Ação Educativa, 1998.

GUIMARÃES, M. C. L. As controvérsias conceituais e o debate sobre a descentralização na literatura. In: ENANPAD, 23., 1999, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ANPAD, 1999. v. 1, p. 1-15.

LUCK, H. *Concepções e processos democráticos de gestão educacional*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006. 132p. (Série: Cadernos de Gestão, 2).

LUCK, H. *Liderança em gestão escolar*. 2 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008. (Serie Cadernos de Gestão, 4).

NUNES, T. C. M. *A Supervisão em saúde: um estudo exploratório em instituições públicas no âmbito federal e estadual*. Salvador, 1986. 230 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

PERES, F. *Administração em saúde: supervisão – ensaio de interpretação*. São Paulo, 1986. Dissertação [mestrado] - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RUSSO, M. H. Contribuições da administração escolar para melhoria da qualidade de ensino. In: BAUER, C. et al. (Org.). *Políticas educacionais e discursos pedagógicos*. Brasília, DF: Líber Livros, 2007.

SANDER, B. *Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento*. Campinas-SP: Autores Associados, 1995.

SILVA, T. R. N. Formação do educador. In: ALVES, N. (Org.). *Educação e supervisão: o trabalho coletivo na escola*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

VILLASBOAS, M. V. A prática da supervisão. In: ALVES, N. (Org.). *Educação e supervisão: o trabalho coletivo na escola*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

COLOFÃO

FORMATO	17 x 24 cm
TIPOLOGIA	Auto 1 LT / Klavika
PAPEL	Alcalino 75 g/m ² (miolo) Cartão Supremo 300 g/m ² (capa)
IMPRESSÃO	EGBA
TIRAGEM	600 exemplares



A Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES) traz em seu bojo dois objetivos primordiais. O primeiro, legar à Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde a centralidade que lhes é devida, no contexto da gestão estadual e do Sistema Único de Saúde (SUS) e o segundo, reconhecer e valorizar a força de trabalho responsável pela operacionalização e consolidação do SUS na Bahia.

O grande desafio é superar as distorções existentes na esfera do trabalho em saúde, com vistas à implementação de uma política de recursos humanos para o SUS. Os artigos que compõem este livro foram escritos em comunhão com o desejo de superação desses entraves, esperando contribuir para a reorientação das práticas e dos processos na gestão do trabalho e educação entre os diferentes atores que estão integrados ao SUS.

ISBN 978-85-232-1244-5

