EDUCAÇÃO PERMANENTE
PROCESSO DE TRABALHO E QUALIDADE DE SERVIÇO NA SAÚDE

Pedro Brito Quintana (1)
Maria Alice Clasen Roschke (2)
Eliana Claudia de Otero Ribeiro (3)

O conteúdo e as propostas teórica e metodológica contidas neste capítulo têm como objetivo contribuir na superação de determinados problemas detectados nas áreas do trabalho, da educação e da atenção que se oferece nos serviços de saúde, considerando as dificuldades que estas áreas atravessam e tratando de aproveitar todas as oportunidades que possam surgir para que se transforme ou se reverta esta situação.

Estas questões se referem à difícil situação dos serviços públicos de saúde que atendem a maioria da população nos países latino-americanos e à perda do sentido de responsabilidade social junto a essa mesma população, fato que se configura como uma ruptura do contrato social entre ambas as partes. Aqui serão discutidos: o trabalho do pessoal da Saúde nesses serviços e os deteriorados contratos de trabalho vigentes. Faz-se referência também à educação como um instrumento importante para que o trabalho nos serviços de saúde se realizem em melhores condições e com um atendimento de melhor qualidade; por último, serão consideradas as oportunidades que podem e devem ser aproveitadas nos serviços de Saúde para que neles sejam inseridos processos educativos para desenvolver tanto a qualidade do trabalho quanto a dos serviços oferecidos à população.

Para contribuir no êxito dos objetivos propostos e gerar essas oportunidades, a Educação Permanente em Saúde (EPS) orienta-se pela linha de trabalho que a Organização Pan-americana de Saúde promove desde 1984 e que tem se desenvolvido procurando estabelecer vínculos entre a Educação e o Trabalho, essas duas inseparáveis dimensões da vida e das instituições. Nesse contexto, o eixo, a grande motivação da educação permanente é o trabalhador, seu trabalho e sua contribuição para atenção à saúde da população e a educação permanente dos trabalhadores como instrumento essencial de seu desenvolvimento.

Para se alcançar estes objetivos, idéias e sugestões operacionais estão propostas neste Capítulo.

1. Funcionário do Programa de Desenvolvimento de Recursos, Organização Pan-americana de Saúde, Washington, D.C.
2. Consultora a curto prazo do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Organização Pan- americana de Saúde, Washington, D.C.
3. Diretora, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Tradução livre por Fernando Cardoso Nascimento – Jornalista MT-DRT 05489

Serviços, Crises e Cidadania

Os complexos processos nacionais de reformas estatais, o ajuste estrutural e a consolidação de instituições democráticas têm conseqüências tangíveis sobre as condições de vida das populações e suas demandas por bem-estar. Em geral, está instalado na Região das Américas um ativo debate sobre o benefícios e prejuízos que atualmente apresentam as hegemônicas políticas econômicas neoliberais para o bem-estar social.

Os processos recessivos tendem a reverter-se em alguns países, apesar de que ainda não se observa uma consistente recuperação do emprego e nem o ingresso da população no mercado [de trabalho].

No setor da Saúde persiste a preocupação pelas questões pendentes de igualdade e acesso, assim como pela contenção dos custos e a redefinição do financiamento, já que tais propostas econômicas têm definido que os recursos financeiros para os serviços não sejam aumentados e que até sejam reduzidos. O ajuste estabilizador baseado no corte dos gastos públicos tem afetado a capacidade operacional dos serviços públicos de Saúde, Educação e do sistema de Ciência e Tecnologia, ao mesmo tempo em que promoveu importantes mudanças na estrutura e no financiamento do setor.

A consolidação democrática é afetada pelas dificuldades do "descompromisso" em razão da regressiva estrutura de distribuição dos benefícios sociais, pela debilidade institucional, pelos abusos do autoritarismo e pela violência verificada em alguns países. A construção da cidadania fica dificultada em conseqüência dessas limitações econômicas e políticas e, atualmente, tem-se a impressão de que até mesmo a noção de cidadania (tal como era entendida na década de 80) tende a ser "reconvertida" sob critérios economicistas: restringida, regulada, segmentada, e para alguns até "financiável".

Ainda que na década passada tenham sido incorporados em diversas constituições nacionais os direitos à saúde e a responsabilidade do Estado (esta em atual processo de diluição), deve-se dizer que, sob o enfoque das tendências econômicas, políticas e sociais, a vigência efetiva da cidadania ainda pode ser considerada matéria pendente, no que diz respeito ao direito à saúde.

A meta de SPT-2000 e a estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS) foram compromissos formais de todos os países; muitos deles tentaram pôr em prática, em passado não muito distante, diversas formas de ampliar o acesso à atenção à saúde na América Latina,

região que se caracteriza pelas dificuldades que apresenta no desenvolvimento da APS e para se alcançar essa meta.

O setor da saúde tem se consolidado como área de inversão e reprodução de capital. A década de 80 caracterizou-se, entre outras coisas, pela substituição gradativa da medicina estatal por uma medicina comercial, como estrutura básica de atenção à população.

As propostas dominantes se orientam para a configuração de estruturas segmentadas de mercados privados de atenção médica, em razão da disponibilidade de financiamento dos diversos setores populacionais. O Estado, reformado e descentralizado na visão neoliberal, ficou responsável por atender com serviços básicos aqueles setores de pobreza crítica e indigência. Adicionalmente, também é da responsabilidade estatal a atribuição de serviços não pessoais e de atenção ao meio ambiente.

Neste quadro, a crítica condição de muitos serviços públicos obriga a se pensar inclusive em estratégias de sobrevivência desses serviços. Sob tais condições chegou-se ao ponto de rompimento unilateral do contrato social, cuja vigência é condição institucional básica de cidadania em saúde. Nesses serviços, foram geradas condições técnicas, econômicas e institucionais que afetam o trabalho e o cumprimento do serviço e que chegam a configurar uma situação de não vigência dos contratos de trabalho, favorecendo o desenvolvimento de concepções e práticas corporativas dos trabalhadores que muitas vezes atentam contra o cumprimento do serviço.

Estas condições se refletem nos estilos de gestão que na prática levam a considerar como objetos tanto os pacientes quanto o pessoal prestador dos serviços. Eles deixam de ser sujeitos de direito, cidadãos, para se tornar objetos de cobertura financeira ou população/objeto de um programa de emergência social. Na fase da chamada transformação produtiva, foram transformadas, esvaziadas ou mudaram de sentido noções como igualdade, cobertura ou qualidade, para citar algumas.

Neste capítulo, ao se falar de Educação Permanente em Saúde, considere-se que o serviço, o trabalho, a atenção, a educação e a qualidade (como reflexos do usufruto da cidadania em saúde) têm como finalidade ou razão de ser a contribuição à satisfação das necessidades individuais e coletivas da população. Para sustentar este enfoque propõe-se revisar algumas categorias importantes a fim de que se construa outra concepção de serviço de saúde. Estas categorias são a *instituição de saúde* como espaço social (complexo e atravessado por diversas intencionalidades) e *o trabalho que se realiza nesse espaço*.

Outra visão da instituição de saúde

A instituição de saúde (o hospital, o ambulatório, o centro de saúde, o consultório) se insere nessa categoria denominada construção social, enquanto resultado de um processo histórico de gestação coletiva de valores, cultura, saber e capacidades, que se produzem e reproduzem como práticas em contínuo movimento. Torna-se importante ressaltar esta noção, porque certas formas de entender a gestão de serviços de saúde privilegiaram a noção física de construção (estabelecimento) e deixaram de lado a noção social.

Para fundamentar uma proposta de educação permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e de educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem um espaço social.

Esse lugar sofre influência de um conjunto de determinações complexas e de origens diversas, como a tecnologia, o financiamento, as políticas sociais, o paradigma médico, as modalidades de formação de pessoal, o mercado de trabalho, a situação do emprego, etc. Esses fatores estão experimentando de forma muito rápida importantes transformações que afetam a arquitetura do setor e até mesmo a própria existência dos serviços. Neste contexto deve-se ressaltar alguns componentes institucionais de importância para se entender as transformações, na medida em que são espaços de realizações práticas: a cultura institucional, a estrutura de poder e o processo de trabalho.

A cultura institucional

O hospital ou o ambulatório devem ser compreendidos em seu contexto por sua finalidade ou função social, mas também em sua dimensão cultural. O serviço é um lugar de encontro de pessoas, de umas que buscam satisfação para determinadas necessidades, e de outras que estão ali porque se qualificaram e se diferenciaram social e tecnicamente por seus conhecimentos adquiridos e pela capacidade de contribuir na satisfação dessas necessidades. Nesse encontro, entre outras coisas, se produz e se reproduz cultura.

Uma categoria que pode ser útil para se entender esse clima e esses intercâmbios culturais é o *habitus*, idéia proposta por Bourdieu. Os hábitos são sistemas de disposições duradouras e intransferíveis, princípios geradores e transformadores de prática e de representações que podem ou não estar adaptadas aos seus objetivos, sem que pressuponham

uma representação consciente de alcançar determinados fins e o domínio dos mecanismos de ação que possibilitem alcançá-los.

Essas disposições são regulares e reguladas, mas não obedecem a nenhuma ação organizadora de algum "diretor de orquestra". Todo profissional de saúde já passou pela experiência de se defrontar com novos hábitos, algo como respirar "outros ares", ou como iniciar trabalho em nova instituição (2).

As instituições de saúde, definidas historicamente como lugares de ciência e de cura, geram hábitos e dinamicamente os mantêm. São produto da história, produzem práticas individuais e coletivas e, portanto, produzem história. Asseguram a vigência de experiências passadas que, incorporadas em cada organismo sob a forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem a garantir a conformidade das práticas e sua constância através do tempo, de um modo mais seguro que todas as normas explícitas.

O *habitus* institucional é o ambiente cultural e ideológico em que transcorre o trabalho, em que se produzem, pautados por normas implícitas e explícitas (gestão), os encontros e desencontros entre profissões e profissionais, aonde acontecem de forma definitiva as relações de produção de serviços.

A estrutura de poder

O espaço institucional contém uma estrutura e uma dinâmica políticas de características especiais: por um lado, trata-se de um poder compartilhado e disputado ativamente; por outro lado, uma parte desse poder em disputa se refere ao poder simbólico, derivado da posse de determinado conhecimento relevante, o conhecimento médico. Do ponto de vista da sociologia das profissões, parece não haver dúvidas de que são os médicos quem detêm o poder de condução dos serviços. Politicamente, a estrutura do poder formal não coincide com a informal e, na realidade, em muitos casos não são os diretores (a quem é delegado outro poder) quem efetivamente dirigem os serviços.

Essa distribuição desigual de poder ergue estruturas piramidais de rígidas hierarquias que definem regras técnicas de funcionamento dos serviços. Configura-se assim um território altamente conflitante, complexo e de difícil governabilidade.

"A enfermeira é confundida com um empregado comum, com uma mucama. É usada para levar e trazer coisas. Os médicos não sabem quem é enfermeira e quem é auxiliar. Para eles é a mesma coisa." (Uma chefe do departamento de enfermaria de um hospital na Argentina) (3).

Nos últimos tempos, em parte em razão da crise e do ajuste, outro protagonista importante apareceu no cenário político dos serviços de saúde: a corporação (o sindicato e a associação de profissionais). A desvalorização do salário, em um contexto de maior importância da classe assalariada, ainda entre as profissões liberais, as condições e o meio ambiente de trabalho em deterioração, as propostas de flexibilidade/instabilidade no trabalho, etc., têm obrigado a que esses atores tenham maior presença e façam maior pressão. Sem dúvida, é interessante constatar que, em sua maioria, as reivindicações do pessoal ao mesmo tempo que pressionam em busca de melhores condições de trabalho, tendem a preservar a rigidez da atual ordem laboral e da estratificação dos serviços. Com freqüência entram em contradição os interesses dos trabalhadores, dos dirigentes dos serviços e dos usuários.

Ainda que não exista, atualmente, tensão máxima no conflito laboral clássico (tal como ocorreu há poucos anos) e que se verifique apenas conflitos de baixa intensidade que repercutem negativamente nas relações interprofissionais (disputa por "incumbências" e objetivos de trabalho) e na qualidade do serviço, a presença dos grêmios é agora obrigatória e necessária nesse cenário do poder.

A questão do poder institucional em saúde nos leva a considerar a gestão e seus estilos como outra variável importante na criação de possibilidades e superação de dificuldades para se chegar a uma estratégia de mudança que reconduza o trabalhador e o trabalho como elementos-chave na melhoria da qualidade do serviço. Isto não se refere somente à maior ou menor democracia interna que se estabeleça na instituição e as possibilidades de participar, mas também à visão estratégica de ações que possibilitem resgatar e manter a finalidade do serviço e abrir ou sustentar oportunidades de mudança no quadro dos processos atualmente em marcha, como são, por exemplo, a descentralização, os programa de garantia de qualidade e os projetos de modernização institucional ou estratégias de eficiência, vigentes na Região.

Existe uma relação nem sempre percebida entre poder, estilo de gestão e trabalho nos serviços de saúde. Esta questão se refere à vigência do princípio de separação entre planificação e execução (entre o político e o técnico), entre pensar e fazer (segundo a

premissa taylorista ainda vigente na maioria dos serviços). Este princípio consagra a separação, a verticalidade e a assimetria das relações de poder de trabalho na instituição.

O processo de trabalho

O trabalho que se realiza nas instituições de saúde (seja de atenção médica ou de saúde integral) caracteriza-se por sua grande complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Afirma-se, com razão, que um hospital é uma das instituições de maior complexidade em razão da diversidade de profissões, profissionais, usuários, tecnologias, relações sociais e interpessoais, formas de organização, espaços e ambientes que comporta. Mas, essa complexidade existe principalmente em razão da natureza dos processos que compõem sua finalidade: os processos de saúde, enfermidade, morte; como também em razão das variáveis que entram em jogo nas decisões e ações que esses processos acarretam.

O processo de trabalho pode ser caracterizado como modalidade de organização que conjuga uma gama de fatores, como a tecnologia, os recursos (materiais econômico e financeiro) e o pessoal, para sua transformação em determinado produto ou resultado (neste caso, atenção médica ou atenção integral), capaz de satisfazer uma necessidade socialmente determinada, como finalidade desse processo (4).

Em saúde esse processo é bastante heterogêneo, engloba muitos outros processos de trabalho, alguns dos quais aparentemente sem relação entre si. Embora tenham uma finalidade em comum, esta muitas vezes não aparece claramente ou é alterada, em razão da forma de organização do processo e sua articulação com outros (semelhantes ou diferentes).

Sem dúvida, se existe uma característica da atual ordem de trabalho nas instituições de saúde que defina o técnico e o social, esta característica é a fragmentação; está baseada no princípio de Taylor da separação entre concepção e execução da atividade, como condição de produtividade (5). Trata-se de uma fragmentação que encerra várias dimensões: conceitual (entre pensar e fazer), técnica (definida pela aplicação de diversos conhecimentos e tecnologias por diversos trabalhadores cada vez mais especializados) e social (estabelecem-se relações de hierarquia e subordinação – divisão social – internamente e entre diversas categorias profissionais).

> *A grande diversidade de processos que compõem o trabalho em saúde nada mais é do que uma propriedade funcional da produção de tais serviços, ou um desafio a ser enfrentado em sua gerência, se em realidade não implicasse*

submeter o usuário, com sua personalidade viva, aos ritmos diversos de dezenas de engrenagens parciais que, ao interagir com o corpo dele, produzem o efeito útil esperado dos serviços. De fato, do usuário se espera que cumpra o papel de viver a lógica da fragmentação desses serviços em sua própria pele: o ritmo administrativo da ordem médica e a espera pela consulta de um ou talvez dois ou três especialistas em medicina; a passagem por inumeráveis instâncias de exames "complementares"; as entrevistas de conselho psicológico, do assistente social, entre outras. O usuário se vê obrigado a recorrer a um mínimo de serviços e especialidades ou subespecialidades, tendo que obter uma coisa aqui, outra ali, ignorando o por quê de tantas intervenções – e intervenções realizadas sobre seu próprio corpo - Como se fosse pouco, ainda solicitam sua participação ativa em cada um desses atos (6).

Essa forma de organizar o trabalho (técnica, social e espacialmente) em um ambiente cultural, ou *habitus*, que tende a entender as coisas da vida em termos biológicos e mecânicos, com uma estrutura de poder compartilhado, tem gerado *locus* diversos para diversas modalidades de processos de trabalho. Esta condição se reflete na tipologia de serviços normalmente aceita para os hospitais: serviços finais ou de atenção direta, de apoio técnico de diagnóstico e tratamento, de apoio geral ou logístico e de apoio administrativo. O curioso é que a condição ou qualidade de apoio se refere sempre ao serviço final que *brinda* a atenção médica direta e não precisamente à finalidade da instituição como um todo.

Sob outro ponto de vista, pode-se dizer que um serviço como o hospital tem em suas funções um "desenvolvimento desigual e combinado": existem áreas de organização tipo "trabalho e oficina" (lavanderia, almoxarifado, cozinha), áreas de organização tayloriana (sala de operações, radiologia) e outras áreas "fordistas" (laboratório, cuidados intensivos, urgências) para maior produtividade ou melhor controle do processo. Não existe uma modalidade paradigmática de trabalho no hospital e essa é, entre outras (formas de remuneração, processos de profissionalização diferentes), uma das razões que tornam difícil o crescimento da produtividade.

O papel da tecnologia no trabalho em saúde é de grande importância. É o fator mais dinâmico de desenvolvimento da atenção médica no período recente e uma das razões do crescimento dos custos. A tecnologia organiza e reorganiza o trabalho: gera novas competências, especialidades e novas relações técnicas que logo se incorporam em novas relações sociais.

Mas a tecnologia não é somente um fator de produção e organização do trabalho, é também um elemento estruturador de formas de atenção e de modalidades de prática,

portanto, é um fator ideológico e cultural de práticas futuras (nos serviços) e de pautas de consumo ou demanda de atenção (entre a população) (7).

A gestão de pessoal e a qualidade

A proposta de educação permanente assume como objetivo a melhoria de qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo.

Aqui é necessário estabelecer do que se fala quando se faz referência à qualidade do serviço em saúde. A primeira observação a se levar em conta é que a maior parte da bibliografia existente a esse respeito se refere à qualidade da atenção médica, grande parte da qual se deriva dos postulados da "boa medicina", formulados por Lee e Jones a década de 30, baseados no paradigma *flexneriano* de qualidade *(8).* Esta concepção baseia o critério de qualidade nas possibilidades absolutas da aplicação do conhecimento científico e na incorporação da tecnologia médica, e se constitui em condição essencial pressuposta na ação dos agentes de atenção, principalmente da ação do médico.

A idéia de qualidade que se expressa e se promove nesta obra está mais próxima das linhas de pensamento de Deming e de Duran; por isso, ressalta-se a idéia de qualidade como resultado integral ligado a determinados processos de trabalho, no quadro da produção de serviços sociais, de fatores de satisfação de certas necessidades sociais. Significa dizer que a qualidade não é algo intrínseco, pressuposto nos agentes, "uma coisa em si" derivada de seu alto nível de formação ou de qualificação, mas, sim, uma condição complexa em razão da qual os diferentes componentes dos agentes produtores de serviços (ações de saúde) alcançam esse resultado. Por isso, esses agentes estão constantemente preocupados em obter ou aperfeiçoar qualidade, para dar maior satisfação aos que necessitam desses serviços. A qualidade é, então, uma resultante das formas pelas quais acontece o processo de produção de serviços (9,10,11).

Na atual condição crítica da prestação e entrega de serviços públicos a necessidade e o desafio de se elevar a qualidade da atenção é um objetivo maior (junto com a universalidade do acesso) ligado à construção desse contrato social rompido, mencionado anteriormente. Não se pode falar em qualidade sem se considerar o princípio da igualdade:

não existe qualidade de um serviço sem igualdade. De certa forma pode-se dizer que a qualidade da atenção é um critério ou requisito do estatuto de cidadania no que se refere à saúde. Outros autores se referem também a esta dimensão ética e política como o componente humano da qualidade do serviço de saúde.

Entende-se o trabalho em saúde como uma prática complexa que tem como conseqüência uma dimensão técnica (que supõe a aplicação de conhecimento e tecnologia para satisfazer necessidades relevantes da sociedade) e uma dimensão social (que se refere às relações sociais por ela mobilizadas e aos intercâmbios simbólicos que isso supõe).

Esse trabalho complexo, heterogêneo, desigual e combinado segue sendo em essência organizado sob cânones tayloristas, mas com características de indefinição de funções e de ausência de uma função intencional de gestão de trabalho. Chama atenção esta carência, considerando-se que os hospitais estão entre as instituições sociais mais complexas, conflituosas e numerosas de pessoal que existem.

Essas condições fazem com que os projetos que articulam estratégias de educação permanente e objetivos de melhoria de qualidade de trabalho e o serviço sejam enormes desafios técnicos e políticos. Nesse desafio, o papel desempenhado por uma gestão de pessoal centrada no trabalho é de grande importância.

É certo que as instituições de saúde como as que existem agora na América Latina, com as características já anotadas e na situação crítica já descrita, são muito reticentes para gerar e aceitar processos de educação permanente com os objetivos enunciados. Mas isto não significa, como se pensa freqüentemente, que nestas organizações autoritárias e em crise seja impossível iniciar e manter uma experiência de transformação. Em tal circunstância, quais seriam as condições básicas (políticas e técnicas) para se iniciar ou apoiar programas de educação permanente caso existam grupos e iniciativas com tal potencial? A resposta a esta pergunta é difícil. Para responder, talvez não haja outra possibilidade que não seja a de realizar tal intento. Mas, assim colocada, essa questão apresenta uma intenção reflexiva e provocativa, e ao se pensar nela também se pensará sobre o papel efetivo que a educação permanente pode desempenhar em um contexto específico, e esta é uma questão estratégica central.

É importante tornar evidente essa questão em razão da facilidade com que se pode cair na tentação de atribuir maior potencial à educação permanente quando se pensa de forma

abstrata, sem (considerar) o substrato efetivo do serviço, ou então, ao contrário, considerar que nessas organizações não há nada a fazer.

Tem sido freqüente que se proclame a importância do pessoal nas organizações de saúde, sem que esse discurso se faça acompanhar de ações correspondentes, em razão da falta de compreensão do papel do pessoal, da inoperância dos modelos de gestão vigentes ou do temor por um possível custo político. Em muitos países, pensar em recursos humanos significa pensar em capacitação, e essa atividade é a principal, ou até mesmo a única resposta que se oferece para os problemas do pessoal.

Conforme foi dito, deseja-se ressaltar duas condições: a primeira é que, ainda que as estratégias educativas possam desempenhar um importante papel na mudança, o "capacitacionismo" isolado não é o caminho. Nem todos os problemas do pessoal se deve à falta de conhecimentos, habilidades ou destreza. A segunda condição é de índole estratégica: a importância de aproveitar com critério estratégico as oportunidades que podem se apresentar em razão da pressão do meio social por mudanças nos serviços.

O momento crítico atual dos serviços públicos caracteriza-se pela conjunção de maiores demandas por qualidade dos serviços (em confronto com as prioridades oferecidas pelos serviços) e a fragilidade dos paradigmas administrativos para poder atendê-las. Queira-se ou não, essas exigências induzem a mudanças de diferentes orientação e alcance, algumas das quais podem oferecer caminhos para o avanço de estratégias de mudança do trabalho para a qualidade. É um erro pensar que essas mudanças acontecerão de um dia para outro e que serão normalmente positivas, como também é um erro pensar que somente em instituições democráticas e participativas (que no momento são exceções) existem condições para uma mudança como essa que se propõe. Ao contrário, pode-se dizer que o caminho para se construir essas novas instituições passa pelas fases das mudanças no trabalho e das possibilidades da educação permanente no serviço.

Essas demandas por capacidade gerencial e qualidade obrigam a buscar, além de um novo perfil gerencial e implementação de estratégias adequadas de capacitação, novos paradigmas e modos de organização, ou seja, novas práticas de gestão, principalmente no que se refere à gestão do trabalho. Esta é uma condição necessária para um projeto de educação permanente para a qualidade do trabalho e do serviço.

Em dezembro de 1992 foi realizada uma oficina sobre Gestão de Serviços de Saúde na cidade patagônica de Neuquén (no Sudoeste argentino) da qual

participaram 50 diretores de hospitais, de áreas programáticas e de zonas sanitárias das províncias de Neuquén e Rio Negro. Na oportunidade foram passados em revista os principais problemas da gestão sanitária. Todos concordaram que os problemas de pessoal estão entre os três principais, e entre aqueles os diretores destacaram os seguintes:

- *Insatisfação do pessoal.*
- *Problemas da organização e administração do pessoal das unidades.*
- *Déficit de pessoal em algumas áreas e a alta rotatividade em outras.*
- *Deficiências no desempenho em razão da falta de capacitação.*
- *Falta de incentivos econômicos e deterioração progressiva dos salários.*
- *Absenteísmo crescente.*
- *Condições inadequadas de trabalho em muitos serviços.*
- *Problemas de supervisão e má comunicação entre o pessoal.*
- *Escassez de insumos para o trabalho.*
- *Permanentes conflitos laborais (de trabalho).*

A gestão de pessoal tem sido sempre uma área relegada a um plano de mínima importância nos modelos de gestão agora questionados. Em muitos casos a gestão de pessoal não é considerada um componente da gestão de serviços global. Sendo um setor cujas características institucionais, já mencionadas, são de alta complexidade técnica e social, cuja função esteve reduzida (e ainda está) a uma oficina ad hoc encarregada do registro administrativo de eventos de um pessoal considerado como objeto (12).

Uma nova gestão de pessoal que tenha por eixo o trabalhador e seu trabalho (que é um atributo de sujeitos históricos) e não o expediente do trabalhador deve considerar:

- O reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da instituição; isto supõe uma prática de administração participativa, e no trabalho, a abertura de espaços e oportunidades para a criatividade e a iniciativa do trabalhador, substituindo o controle do desempenho de tarefas pensadas lá fora (externamente?) e por outros, pela responsabilidade com a finalidade e os resultados de seu trabalho.
- A atualização de mecanismos reguladores da autonomia e do corporativismo dos trabalhadores, o que demanda iniciativas dos responsáveis pela gestão de trabalho no âmbito da negociação. Trata-se de respeitar o contrato de trabalho (por ambas as partes) para cumprir com o contrato social (13).
- Uma análise dos conflitos trabalhistas no setor de Saúde no Peru, nos dez anos que vão de 1980 a 1989, mostrou que aconteceram 117 conflitos, isto significa quase uma média de 12 por ano ou um por mês. ‘Dos 14 conflitos ocorridos entre 1900 e 1991, 78 % eram por questões salariais, e os 37 ocorridos entre 1987 e 1990 ocasionaram 315 dias de ausências no trabalho (14).

Uma gestão de pessoal distinta tenderia a/teria que gerar respostas a perguntas substantivas como as seguintes:

- Quais são as formas de intervenção para enfrentar as conseqüências deletérias da divisão do trabalho em saúde, que se expressam de forma desumana, risco no atendimento, alienação do trabalhador e ineficiência?
- Que soluções requerem os conflitos laborais nos serviços de saúde resultantes da contradição entre os interesses dos usuários, trabalhadores e dirigentes?
- Como responder à influência corporativa no trabalho cotidiano dos serviços quando esses interesses interferem no êxito da finalidade do serviço?
- Como estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços no setor público?
- Que medidas podem-se promover para estimular os trabalhadores a alcançar maior e melhor desempenho, buscando integrar produtividade com qualidade? (5).

As ações dirigidas à geração de novas metas políticas de ingresso, o melhoramento das condições e o meio ambiente de trabalho, a busca de sistemas e incentivos para elevar a produtividade, a avaliação do desempenho individual e de equipe, a vigência de critérios reguladores do trabalho, etc. podem ser ações importantes para elevar a qualidade de trabalho e do serviço, quando se realizam em função de objetivos que refletem a identidade de finalidade do serviço, qualidade e cidadania. Esses objetivos são:

- Reconstruir e/ou melhorar uma relação respeitosa, responsável e tecnicamente eficaz entre a população e o pessoal, tanto individual quanto coletivamente.
- Assegurar condições institucionais para a negociação e resolução de conflitos de interesse que ocorram no serviço, em nível de equipes, das corporações e com a população.
- Contribuir para melhorar e monitorar de forma permanente a produção dos serviços e a qualidade da atenção.

Ao contrário, trata-se da gestão de trabalho coletivo requerido para o desempenho adequado das ações necessárias para alcançar resultados acordes com a missão institucional, que envolve diferentes categorias profissionais e momentos distintos da produção do serviço.

Ao final da tarde o dr. Sérgio Z. analisa as histórias dos pacientes que não recorreram à consulta do ambulatório. Entre eles está dona Maria, de 42 anos, assintomática, que havia recorrido ao serviço para fazer um exame preventivo de câncer cervical uterino. O informe do exame mostrou um carcinoma localizado. O dr. Sérgio chama a enfermeira responsável e solicita

que a paciente volte a ser convocada. A visitadora domiciliar não consegue localizar a casa de dona Maria porque o endereço está incompleto. O funcionário administrativo responsável pelo preenchimento da ficha de identificação disse que cumpriu a tarefa, preenchendo a ficha com as informações que a paciente lhe havia passado.

Este exemplo trata da divisão do trabalho em um ambulatório. Poder-se-ia perguntar: Que visão tem o funcionário administrativo do seu trabalho e de sua missão instituição? Ele tem consciência de que o cuidado da saúde dos usuários também depende dele, ou cumpre mecanicamente sua tarefa de preencher fichas de identificação? Como está sendo avaliado seu desempenho e em relação a qual resultado? Quais oportunidades recebe e busca para valorizar seu trabalho e encontrar gratificação no que faz?

A perspectiva de gestão de trabalho coletivo traz uma nova visão sobre a pergunta: "Quem deve estar envolvido com as mudanças ?". Nessa visão se assume a participação de todos os trabalhadores envolvidos em cada um dos problemas em estudo na instituição, com uma nova lógica que define a equipe de trabalho não mais por categorias profissionais ou serviços e programas formalmente definidos, mas, sim, por participação efetiva no processo de trabalho em análise.

No consultório externo de Ginecologia de um hospital os médicos estão insatisfeitos porque empregam a maior parte do seu tempo atendendo pacientes com leucorréia. Um estudo simples de demanda mostra que esta é a primeira causa de atenção, e que houve uma concentração média de quatro consultas para as pacientes que receberam tratamento. Inicia-se uma discussão com a equipe de médicos sobre a rotina da atenção: anamnesis, segunda consulta; avaliação da resposta e melhoria clínica e eventual solicitação de um novo preventivo na terceira consulta. O responsável pelo laboratório de patologia clínica presente na reunião disse que o volume de exames preventivos está sobrecarregando seu serviço e que os médicos poderiam contar com a lâmina original como recurso mais apropriado para o diagnóstico etiológico da leucorréia. Os médicos afirmam que não têm como fazer esse exame porque não dispõem de microscópio e muitos deles disseram que já esqueceram de como fazê-lo. O patologista considera que é muito mais eficiente destacar um técnico no consultório com um microscópio que realizar tantos preventivos caros, inespecíficos para esse fim e desnecessários. Os médicos se interessam pelo procedimento que lhes permita já na primeira consulta diagnosticar e prescrever o tratamento às pacientes, e em menos de um mês poderiam se sentir preparados para realizar eles mesmos os exames, prescindindo do técnico.

A conexão entre o trabalho do laboratório de patologia clínica e do consultório externo de ginecologia, neste caso, se deu em razão da discussão de um problema vivido por uma categoria profissional insatisfeita com seu trabalho. A interação dos profissionais desse serviço, até então isolados e desconhecidos uns dos outros, redefiniu o processo de trabalho e as condutas no consultório externo e no laboratório, com benefício para os usuários e aumento da produtividade, da eficiência desses serviços. Essas mudanças estavam ao alcance dos profissionais e os aproximam, como sujeitos, do sentido e da orientação da missão institucional.

A abordagem proposta implica que a resposta à pergunta resulta na indagação de "com quem" estamos trabalhando. Nesse momento fica explícita a dimensão do trabalho cooperativo para a produção de um serviço desejado e, ao mesmo tempo, a orientação técnica do trabalho das diferentes categorias profissionais envolvidas nessa produção.

Nem todas as discussões da equipe de trabalho requerem consulta ou discussão coletiva: a especificidade do trabalho profissional deve assegurar autonomia em sua ação. Não obstante, isso não significa que um trabalhador específico não se aproprie e conheça o conjunto das etapas do processo que conduz a um determinado resultado. A ação profissional nesse sentido é autônoma, mas também é dependente de outras intervenções para alcançar a qualidade desejada para o usuário.

Essa direção de "para quem" e "para quê" é a que orienta a resposta a uma nova questão para a equipe de trabalho: "Como estamos trabalhando?".

> *Chama a atenção da auxiliar, num dos encontros para o controle pré-natal, uma senhora que se aproxima com o retrato de um menino estampado em sua camiseta. A senhora marca sua consulta e vai embora. No dia marcado, com o mesmo retrato estampado em sua roupa, aparece a senhora no ambulatório, mas diz que deseja postergar sua consulta. E assim, sucessivamente, várias vezes a senhora voltou, já identificada como "a louca do retrato da camiseta que só posterga a consulta". Numa tarde, o Dr. Pedro R. aproximou-se dela e perguntou: -- Por que a senhora sempre vem no dia marcado, mas só para postergar a consulta? -- Chorando, ela diz que aquele retrato é do seu filhinho, que morreu de uma causa que ela desconhece, e afirma que enquanto não souber a causa da morte não conseguirá cuidar desse novo filho que carrega no ventre. O médico promete solicitar a informação junto ao hospital onde aconteceu o decesso. E assim fez, e comunica à mãe as condições e o porquê da morte de seu menino. A paciente agradece e diz que agora poderá cuidar deste novo filho. Nesse momento, quem se emociona é o médico.*

Essa situação mostra como os acontecimentos cotidianos podem ser reveladores de como se estabelecem as relações entre os profissionais e entre eles e os usuários. Compartilhar com a equipe do ambulatório o que ocorria com essa senhora representou a oportunidade de reflexão sobre o próprio anonimato em seus limites de atuação. Um momento fecundo dessa reflexão foi o reencontro com o sentido do cuidado à saúde, com a razão de ser do trabalho individual e coletivo. As relações interpessoais são uma dimensão relevante, tanto no trabalho cooperativo em equipe quanto no sentido da aplicação do conhecimento técnico e, portanto, fazem parte da reflexão sobre "o que estamos fazendo".

Por influência do modelo predominante de formação de profissionais de saúde, há uma tendência a privilegiar a abordagem da dimensão técnica do cuidado quando se enfrenta um problema e, particularmente, a valorizar mais o domínio do conhecimento científico em si que a pertinência de sua aplicação. Sob uma perspectiva de trabalho para a qualidade, o conhecimento não é o único atributo da competência profissional. Seu valor está na possibilidade de que seu uso se oriente em assegurar a satisfação das necessidades do usuário.

Considerando-se que essas necessidades são complexas, diversas e variáveis, e considerando-se também que o processo e a divisão do trabalho também se modificam, a criatividade, o encontro com outros conhecimentos, a flexibilidade e a abertura para a busca permanente de novos conhecimentos passam a ser atributos também valorizados. E são justamente os processos de reflexão sobre os problemas da prática do trabalho e da busca das intervenções necessárias para alcançar a imagem de qualidade que permitem o exercício e a construção desses atributos. Muitas vezes os profissionais se vêem inclinados a buscar cursos de reciclagem e atualização para obter novos conhecimentos, com a expectativa, geralmente frustradas, de que nesses cursos encontrarão os caminhos e as receitas para a transformação de sua prática.

Um estudo de avaliação da assistência perinatal em instituições públicas de uma região metropolitana revelou que as maternidades A, B e C apresentavam elevados índices de morte neonatal por hipoxia e que 70 % dos bebês nascidos banhados em mecônio não foram aspirados na sala de parto. O coordenador geral solicita de imediato a programação de um curso sobre hipoxia perinatal. Os diretores da maternidade recebem um ofício para que indiquem os profissionais que irão ao curso para assistir uma reunião com o coordenador. Nela se discute o problema e aparecem os seguintes elementos: na maternidade A a equipe de aspiração não está funcionando adequadamente; na maternidade B não há recursos humanos

suficientes para a realização do procedimento, e na maternidade C há equipes e pessoal suficientes.

A situação reproduz o que tem ocorrido freqüentemente nos serviços de saúde. Diante dos problemas identificados na assistência, a primeira suposição, e às vezes a única, é que eles resultam do desconhecimento dos profissionais, que deveriam te sido capacitados. O exemplo, ao contrário, trata de pôr em evidência que a situação em cada uma das maternidades era conseqüência de problemas distintos, o que, logicamente, deveria levar a intervenções diferentes para sua efetiva resolução.

Fica mais uma vez a idéia da predominância do valor do atributo conhecimento em detrimento do exercício de análise das condições concretas do processo do trabalho, que aponta à necessidade de intervenções múltiplas e criativas. Nesse contexto a gestão redefine o espaço, o papel e a orientação do componente de educação permanente para a construção do trabalho coletivo orientado à qualidade.

A Construção de Projetos de Educação Permanente nos Serviços

A esta altura do desenvolvimento deste Capítulo, e sem ânimo prescritivo, propõe-se à consideração dos grupos de trabalho interessados algumas premissas teórico-metodológicas para desenvolver em nível local (do hospital, policlínico, área programática ou sistema local) um projeto de educação permanente. Deseja-se promover a reflexão acerca dessas e de outras áreas que o grupo possa identificar, analisá-las com ânimo de problematização, para adaptá-las definitivamente no operacional ao seu próprio serviço e realidade.

O esquema seguinte sintetiza os elementos conceituais, estratégicos, de gestão e de operação de um projeto de educação permanente baseado na qualidade do trabalho. Nele se mostram, simplificando, muitas das considerações conceituais prévias sobre a “lógica” (do “porquê” e do “onde”) e sobre a dinâmica institucional (essa conjunção de estratégias de gestão pessoal centrada no trabalho, e de estratégias educativas baseadas na pedagogia da problematização), para melhorar o serviço reorganizando-o.

GRÁFICO: EDUCAÇÃO PERMANENTE: ENFOQUE EDUCATIVO

Atenção: (o gráfico da página 53 do texto em espanhol precisa ser formatado para versão em português)

Projeto Coletivo Para um Trabalho Solidário

Esta premissa se compõe de um princípio e uma aposta. O princípio se refere à natureza social do trabalho em saúde e do processo de produção de serviços de saúde, e na aposta sustenta-se que é possível transformar o trabalho atual (fragmentado, desumano, conflituoso, alienante por efeitos da lógica tayloriana imperante) por meio de estratégias de educação permanente orientadas para a melhoria da qualidade.

Foram revisadas sucintamente as principais características do processo laboral nos serviços de saúde e definidos os traços essenciais de sua problemática. Aqui se considera importante ressaltar a condição coletiva da produção de ações de saúde: o trabalho nos serviços é um trabalho de grupo.

Deste traço deriva a premissa de que a proposta educativa permanente tem como protagonista principal a equipe de saúde.

A equipe se define por sua interação técnica e social para dar conta, em conjunto, de um determinado objeto de trabalho: para resolver um determinado problema de saúde, segundo a função que se realize nesse complexo institucional chamado serviço (hospital, ambulatório ou centro de saúde). Essa equipe possui uma missão e uma prática. A ordem laboral vigente define a ordem institucional ao separar a concepção da execução e a redistribui aos membros do grupo segundo esse critério. Essa ordem, intervindo sobre os componentes da prática, define pautas de divisão técnica do trabalho e chega a interferir no alcance da missão grupal. Perde-se a aderência ao objeto, perde-se o controle dos meios de trabalho, fragmenta-se o objeto, diferenciam-se ideologicamente, profissional e economicamente os componentes da equipe e se gera uma condição conflituosa que impede o trabalho solidário e o sucesso da missão.

O projeto de educação permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho é um projeto institucional, o que supõe mudanças na cultura institucional e no estilo de gestão, mas também é, em todos os casos, um projeto grupal, das equipes de saúde. É um trabalho de grupo a análise estratégica da situação institucional, a problematização da missão (revisão ou

reencontro), a construção da imagem objetiva de qualidade e o momento essencial do processo: a definição dos problemas de qualidade sobre os quais se vai intervir.

Do mesmo modo, tanto o componente programático educacional como as diversas estratégias de gestão pessoal se caracterizam por sua orientação aos grupos e por sua definição conjunta, coletiva, participativa. O objetivo estratégico de todo o processo é o reencontro com o trabalho solidário, com a reconstrução das equipes, com a satisfação do pessoal como condição básica de um serviço de saúde com eqüidade e qualidade.

A qualidade: idéia e esforço de todos

Esta premissa consiste na definição coletiva (por equipe ou equipes de trabalho) da imagem ou imagens-objetivo de qualidade do serviço que fornecem e de seu próprio trabalho, assim como dos problemas que impedem o êxito dessa imagem. É uma atividade que combina elementos técnicos (critérios de qualidade fornecidos pela gestão) e elementos axiológicos derivados da missão institucional.

É o momento em que se escuta dos usuários sua apreciação do serviço que recebem e as propostas que podem fazer para melhorá-lo.

Esta primeira aproximação da interface serviço/população deve ser completada com a análise das relações internas de cliente/provedor que foram estabelecidas no serviço (recorde-se da relação consultório/laboratório, por exemplo). O resultado desse momento é um conjunto de imagens-objetivo para as equipes e que funcionam também como critério de gestão.

O momento seguinte é a definição dos problemas de qualidade, que segundo os peritos de gestão de qualidade é o aspecto mais delicado e requer mais tempo. O propósito explícito é identificar aqueles problemas que impedem que o serviço alcance sua imagem de qualidade, ou seja, aqueles problemas de trabalho de pessoal que contribuem para essa dificuldade. A identificação dos problemas se faz sempre “contra” essa imagem ou imagens de qualidade que antes foram construídas. Diz-se que são imagens porque precisamente “ajudam a enxergar” os problemas de qualidade. Nem todos os problemas existentes são problemas de qualidade, somente aqueles que contrastam com as imagens (17).

Para a identificação dos problemas se faz uso de diversas possibilidades: experiências individuais ou grupais, revisão de informação existente (estatística ou não, quantitativa ou

qualitativa) nos diversos ambientes ou unidades comprometidas. Pode-se usar também metodologias para se estabelecer categorias, hierarquias ou prioridades dos problemas tais como folhas de verificação, tempestade cerebral e diagramas de Pareto, entre outras.

Um breve parágrafo para insistir e recordar que nem todos os problemas de qualidade são problemas educacionais, mesmo em um projeto de educação permanente.

Uma nova gestão para o pessoal

Nos parágrafos anteriores caracterizou-se o que foi chamado de uma nova gestão de pessoal como uma das condições estratégicas (a ser construída no transcurso do processo de mudança institucional) para uma solução à situação crítica dos serviços. Insistiu-se na criação e aproveitamento das oportunidades que poderiam ser geradas pelas difíceis condições e processos de mudança atualmente em marcha.

Nesta seção deseja-se enfatizar o papel específico dessa gestão pessoal em um projeto educativo de transformação do trabalho. Isso supõe, nitidamente, que não há mais uma orientação por uma concepção de objetos, mas, sim, que se assume a condição histórica e subjetiva do pessoal, dos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma de uma gestão de trabalho coletivo e ao mesmo tempo uma gestão coletiva de trabalho.

Em um processo de educação permanente a construção de um novo tipo de gestão de pessoal supõe, inicialmente, que se outorga hierarquia técnica e política à questão dos recursos humanos no desenvolvimento dos serviços de saúde. É uma manifestação da chamada “decisão política”, que freqüentemente se reclama como condição para as mudanças. Mas, é necessário assinalar com clareza que não se reclama aqui uma “mudança vinda de cima”. Propõe-se, ao contrário, a importância de se ter a participação de todos os níveis (incluindo os níveis de decisão) da instituição para se levar adiante um processo que em essência se realiza “na base”: pelos atores produtores nas situações cotidianas de entrega de serviço. Não poderia ser de outra maneira quando se trabalha com situações (e perspectivas) tão transcendentes e complexas como retomar a missão do serviço de saúde e reconstruir o contrato de trabalho. Uma nova gestão de pessoal inclui em seu repertório modalidades educativas de ação para transformar a situação. A educação permanente aparece como opção estratégica quando faz parte de outras opções a partir das possibilidades políticas e técnicas que abrem a nova gestão. Nestas condições, a gestão e a educação são vias simultâneas (não necessariamente paralelas), que se potencializam mutuamente.

Esta questão requer clareza para não atribuir à educação permanente capacidades que ela não possui e para poder potencializar as diversas opções (próprias da gestão) em jogo. Nem todos os problemas de pessoal e do trabalho podem ser enfrentados com respostas educativas (como acontece no "capacitacionismo" que recorre a muitos serviços como resultado de algumas visões "eficientistas" ou simplesmente carentes de criatividade, e que terminam por reforçar a ordem existente e a crítica situação atual dos serviços).

Projeto pedagógico – Pedagogia problematizadora

Uma maneira de descrever panoramicamente esta proposta seria : "é um programa educativo (de educação permanente) no quadro de uma estratégia educativa (de pedagogia problematizadora) de transformação do trabalho baseada em um conceito (definido e adotado coletivamente) de qualidade do serviço".

(Atenção: após o ponto final (acima) o texto original sofre descontinuidade (da pág. 56 à 57)

.....geral de mudança e como programa operacional. Nesta premissa dá-se uma concordância com a perspectiva de alguns "pais" da gestão de qualidade total, quando se propõe que essa gestão se inicia e termina com a educação. (18).

Uma atitude problematizadora frente à proposta, ante às condições existentes e as medidas para superá-las, é a base da estratégia geral, que é uma estratégia educativa na medida em que se orienta para transformar a prática (em sua qualidade e integralidade, já referidas) mediante a construção e o intercâmbio de conhecimentos, capacidades e valores. Esta atitude problematizadora define a dúvida como um princípio e como um método de conhecimento. Existe nesta condição um parentesco com a investigação, na medida em que ambas são esforços para superar o erro.

A atitude e as metodologias problematizadoras estão instaladas ao longo de todo o processo. Estão presentes no momento de análise estratégica da situação (que leva a uma iniciativa de educação permanente), de análise de estilo e da capacidade de gestão de serviço, assim como da redefinição da gestão de pessoal. Ao mesmo tempo em que são requerimentos de estratégia educativa, essas metodologias vão gerando definições e premissas para os momentos posteriores.

Nos momentos seguintes, instalada a lógica “de problemas” na dimensão institucional (ver esquema....(pág. 53)), as equipes de trabalho (as tão discutidas equipes de saúde: o pessoal do consultório de ginecologia ou da consulta externa) vão se constituindo educativa e problematicamente no que se pode chamar de “equipes de qualidade”.

Depois, no momento das respostas, das estratégias de inovação ou mudança, se define a dimensão programática: o programa de educação permanente propriamente dito, como um componente importante do menu de possibilidades de melhorar o trabalho e os serviços. A partir daí se reinicia um ciclo sob a mesma dinâmica, correspondente à essência daquilo que é permanente do processo educativo.

> O componente programático deverá incluir diferentes orientações, junto ao programa educativo para qualidade que define a orientação estratégica e na medida em que as necessidades educativas dos grupos e dos indivíduos requeiram: educação formal (semelhante a algumas experiências para completar o segundo grau no pessoal de enfermagem), capacitação técnica, atualização, etc. Também deverá incluir diversas modalidades formais e informais, presenciais e a distância, quando forem necessárias.

Integrar estratégias educativas e não educativas

O repertório de problemas do trabalho com segurança incluirá problemas que requerem estratégias de educação propriamente ditas (que formarão um programa de educação permanente, tão diversificado quanto seja necessário), mas também outros que requeiram intervenções desde a gestão.

Tratando-se de processos laborais caracterizados pela heterogeneidade e fragmentação é de se esperar que neles existam problemas de relações profissionais nas equipes (como os conflitos pelas chamadas incumbências), assim como problemas de pertinência da atividade-resposta (ato médico ou resposta de saúde) com a necessidade de saúde que a gerou, ou problemas de desempenho ou de eficácia técnica individual ou grupal, de insumos ou de uso eficiente de recursos. A maior fonte de erros e defeitos da qualidade são os problemas do processo de trabalho (19).

Portanto, esta premissa assinala a necessidade de integrar as estratégias educativas com as estratégias de gestão de pessoal no quadro de um clima cultural institucional (e de

estilos de gestão) sensibilizado por mudanças grandes ou pequenas, feitas de dentro para ou de fora para dentro, mas que definitivamente colocam a instituição no rumo do reencontro com sua missão.

Essas outras estratégias podem ser orientadas principalmente para reverter as dificuldades técnicas do processo de trabalho ou para intervir sobre os componentes políticos, ideológicos e éticos das relações laborais para a reorganização qualitativa do trabalho. São as estratégias de promoção de responsabilidade, de incremento da produtividade e de negociação contínua, previamente assinaladas.

Desenvolvimento e monitoração permanente (de qualidade, de trabalho e de educação)

O processo de melhoria de qualidade de trabalho com base na educação permanente não termina com a aplicação de estratégias paliativas. A razão é a mesma que gerou as dificuldades: trata-se de processos sociais complexos, que tendem a se reverter e voltar aos níveis prévios de desempenho, ainda quando tenham sido introduzidas mudanças efetivas, a menos que se tomem medidas para incrementar o nível da melhoria alcançada, e a menos que se possa acompanhar e registrar as mudanças produzidas.

> *Conta uma supervisora de Enfermaria participante em um programa de qualidade: "Nós somos peritos em solucionar problemas. De fato, freqüentemente somos capazes de resolver um.....Texto interrompido (pág. 58). Inicia-se outro parágrafo na pág. 59 (do original.*

Portanto, é necessário estabelecer sistemas de monitoração e de avaliação permanente dos avanços e retrocessos que podem ocorrer. Supõe-se identificar um reduzido mas indispensável número de fontes de informação, indicadores e métodos de registro dos diversos eventos e processos em desenvolvimento. Novamente aparecem como importantes as imagens de qualidade construídas pelas equipes e os padrões e critérios que a gestão haja definido.

Reabertura em lugar e conclusões

Neste capítulo forneceu-se idéias para trabalhar na operação de programas e de projetos de educação permanente, centralizados no trabalho e orientados para a busca da qualidade e do êxito da missão dos serviços públicos na América Latina. Como em todo o

processo de educação permanente, não há lugar aqui para uma conclusão, e sim para uma abertura. Nesse sentido se propõem, derivadas do exposto, três área problemáticas para reflexão, estudo e intervenção prática. São estas:

1. O atual nível de conhecimento que se possui sobre os processos de trabalho ou saúde em suas diversas dimensões (reguladoras, sociais e técnicas) é insuficiente. Necessita-se aprofundá-lo e ampliá-lo. Essa tarefa deverá incluir também a metodologia de análise dos processos laborais nos diversos tipos de serviço e de avaliação do desempenho de pessoal desde uma visão de equipe e não somente desde o posto de trabalho individual. Este conhecimento é indispensável para fortalecer aqueles esforços de promover o trabalho de equipe e o resgate da missão institucional.

2. É marcante a insuficiência no manejo e a falta de adequação às especificidades do campo de Saúde dos atuais modelos, estilos e instrumentos de gestão de trabalho nos serviços de saúde. A exigência de uma nova gestão de pessoal poderá ter resposta se houver avanço na gestão do trabalho, como elemento-chave de um novo enfoque dos recursos humanos em saúde

3. As estratégias, métodos e técnicas de gestão da Educação Permanente são premissas de uma fase do processo mais centrado na operação de programas e projetos, utilizando, validando e alimentando com novos elementos da realidade os avanços teóricos e metodológicos produzidos.

Capítulo III

GESTÃO ESTRATÉGICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Mario R. Rovere [2]

> ***"O que é Qualidade? A Qualidade é o orgulho da mão-de-obra"(1)***
>
> **E. Deming**

Introdução

A Educação Permanente no espaço dos serviços de saúde é uma modalidade de intervenção de enorme potencial que alcançou diversos graus de visibilidade e prioridade em função das concepções e enfoques administrativos e organizacionais vigentes.

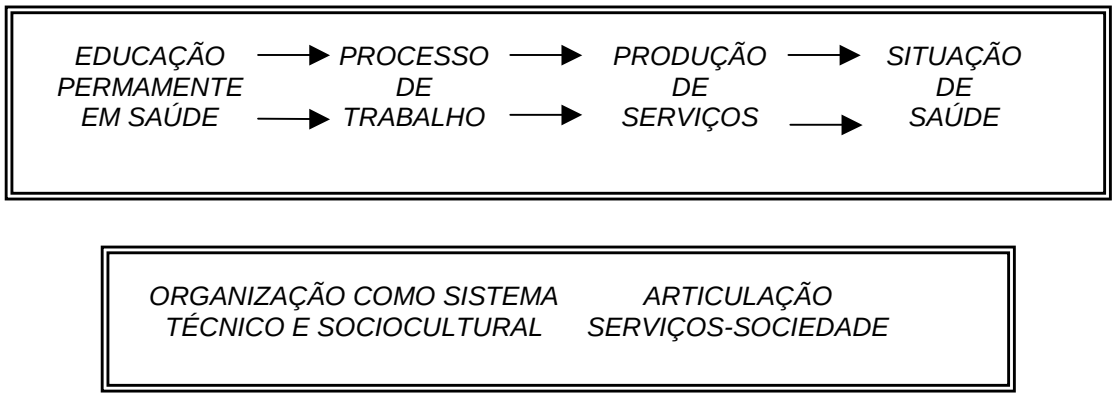
Um considerável avanço foi gerado sobre suas dimensões conceituais e metodológicas, incluindo extensas experiências de validação. Sem dúvida, na medida em que as experiências avançam, parece necessário identificar e delimitar um espaço que poderíamos denominar de "gestão" da Educação Permanente, que nos permita, mediante um aprofundamento das relações entre Educação Permanente, Estilos Administrativos e Cultura Organizacional, identificar mecanismos que incrementem a eficácia e o impacto destas intervenções.

O mundo do trabalho em saúde pode ser abordado desde distintas perspectivas: a administração geral, a sociologia do trabalho, os desenvolvimentos das diversas profissões e especialidades, o desenvolvimento tecnológico, análises econômicas e os processos de aprendizagem, entre outras.

Sem dúvida, são escassas as análises que intentam articular estas perspectivas de abordagem, possibilitando não só uma maior compreensão do objeto como também a identificação de estratégias combinadas mais eficazes para sua transformação.

Na necessidade de delimitar a característica do espaço e a natureza das intervenções da Educação Permanente em Saúde foi estabelecido o seguinte esquema de trabalho:

GRÁFICO 1



Neste esquema conceituamos a Educação Permanente operando sobre o processo de trabalho em saúde orientada a incidir diretamente sobre a qualidade dos serviços de saúde e mais teleologicamente sobre a situação de saúde da população, dentro das determinantes das características do modelo organizacional e das formas de relacion'amento dos serviços com a sociedade.

Identificado este espaço possível de reflexão e intervenção, começaremos a trabalhar com a seguinte hipótese: "as diferentes concepções que tiveram êxito em estruturar a cultura dos serviços de saúde trazem implícitas concepções do trabalho, do trabalhador, das relações de poder, da participação, da natureza dos contratos de trabalho formais e informais, que predeterminam os espaços permitidos, os estilos educacionais, os conteúdos e as características das demandas que especificamente pode-se fazer para a Educação Permanente em Saúde (EPS)".

O esforço resulta convergente, já que nos últimos anos deu-se ênfase em se definir a Educação Permanente como uma proposta educativa realizada nos âmbitos laborais, destinada a refletir e intervir sobre o processo de trabalho direcionado a melhorar a qualidade dos serviços e as próprias condições laborais ("educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho"(2)).

Isto indica que não necessariamente as múltiplas atividades de formação e capacitação que se realizam no e para o setor saúde correspondem ao que caracterizamos como Educação Permanente.

Os processos no campo de saúde podem ser considerados como intervenções capazes de mobilizar, circular, produzir e transferir conhecimento, tecnologia, valores e sentimentos, já que estas intervenções por definição se instalam em instituições, operam sobre estruturas de poder formal e informal estabelecidas, sobre grupos com sua própria dinâmica de liderança, legitimidade e influência, e em definitivo sobre uma trama de relações de poder estruturada e reforçada por uma determinada cultura.

Por ser a EPS é uma atividade de natureza cultural, ao intervir pode operar como um fator pró-cultural (reforçando a cultura dominante ou oficial), subcultural (abrindo um espaço virtual dentro da cultura dominante) ou contracultural (enfrentando a cultura dominante). Em todos os casos trata-se de uma intervenção que acumula conhecimentos em um outro grupo da organização, desprezando alguns saberes e reforçando outros.

A estreita relação e reforço recíproco entre saber e poder faz com que esta circulação, estas intervenções que legitimam uns saberes e não legitimam outros, nos façam interpretar a EPS como uma atividade técnica mas simultaneamente política (recordando o conceito de Mario Testa: "Política é toda proposta de redistribuição de poder"(3).

As instituições de saúde

A partir destas perspectivas técnicas e políticas poderíamos perguntar que representação – no sentido poperiano de mapa mental – temos dessas instituições que genericamente denominamos serviços de saúde e que alcançam sua máxima complexidade nos hospitais universitários.

Nossa releitura social destas instituições é que sua complexidade pode ir muito mais além de seu nível de organização e/ou de sua capacidade resolutiva e que se estende, o que neste momento nos interessa, ao sistema microssocial que constituem.

A esse respeito nos posicionaremos afirmando que os serviços de saúde são uma das estruturas sociais mais estratificadas e mais rígidas, no que se refere à mobilidade horizontal e principalmente à vertical.

É necessário realizar uma certa genealogia de nossas instituições para detectar a origem dos mecanismos que as levaram a constituírem-se quase em uma sociedade de castas cerradas. Através desse estudo podemos inclusive interpretar o papel da Universidade e como esta instituição, associada geralmente com a mobilidade social no macrossocial, pode chegar a

desempenhar uma função de reforço da imobilidade no nível microssocial ou institucional no setor de saúde.

Para ilustrar este ponto podemos observar como, com freqüência, possuir um grau profissional não serve como antecedente nem como crédito para obter outro, (inclusive esse fato poderia ser visto como uma desvantagem). Por exemplo, uma auxiliar de enfermaria, ainda que tenha 20 anos de experiência laboral, se desejasse iniciar estudos de enfermagem ou universitários seria considerada na maioria de nossos países em condições de igualdade com uma aspirante que tivesse recentemente completado o 2* Grau.

No sentido da genealogia desta estruturação de redes de poder, autoridade e legitimidade, é que desejaríamos decodificar duas dimensões de análise: uma, que denominaremos interna, proveniente dos mecanismos através dos quais chegou-se a formar um pensamento administrativo próprio a partir de uma seleção intencionada de retalhos daquelas escolas administrativas que resultaram mais funcionais às necessidades desta estratificação; a outra dimensão, a que denominaremos externa, se desprende das modificações na funcionalidade social (a relação hospital/sociedade) que foram adquirindo os serviços de saúde.

Nesta última dimensão nos referimos ao longo processo de modificação dos papéis dos serviços de saúde em diferentes sociedades e em diferentes configurações da relação sociedade/Estado. É possível analisar neste sentido a funcionalidade do hospício inglês disciplinar (que melhor garantia que os pobres desejassem voltar o quanto antes ao trabalho), a do hospital religioso (baseado na caridade cristã que formava parte das atividades regulares da Igreja e que em alguns países foi substituído pelas sociedades de beneficência) e a do hospital da Seguridade Social, orientado a repor rapidamente a força de trabalho.

O atual hospital, mescla de fábrica, laboratório e supermercado, através da exposição de uma vasta gama de serviços sobre-segmentados, parece resultar funcional para reforçar a sobreespecialização e a sobretecnificação, oferecendo um modelo ideológico implícito para a formação de técnicos e profissionais e, sobretudo, resultando funcional para o crescimento e internacionalização do denominado Complexo Médico Industrial.

No estudo das relações de poder nos serviços de saúde devemos ter em conta não só as relações hierárquicas das organizações, mas também a capacidade de estendê-las até aos pacientes colocados em situação de objeto, o que é facilitado pelo seu caráter de necessitados, desvalidos, com reduzida informação e controle de seu processo de recuperação.

Alguns referenciais teóricos

Se a EPS trabalha sob determinantes e condicionantes internos e externos, podemos analisar suas propostas de intervenção fazendo algumas releituras que rompem com a aparência de neutralidade e que revelam a natureza (micro) política do seu acionar:

- *Sob qual modelo organizacional se desenvolve uma proposta de EPS ?*
- *Para qual forma de relacionamento dos serviços com a sociedade resulta funcional ?*
- *Quem define o tipo de intervenção que se desenvolverá ?*
- *Qual grupo profissional se beneficiará ? Em detrimento de qual ?*
- *Quem define se a organização será feita por grupo profissional ou por equipe de trabalho e por quê ?*
- *Qual conhecimento é legitimado pela EPS como "oficial" e qual não é ? (É interessante refletir sobre o uso da normatização no setor saúde, que, como logo veremos, resulta em um excelente exemplo de articulação entre saber e poder).*
- *Quais práticas profissionais se legitimam e quais não ? (observe-se por exemplo os conflitos profissionais e legais que se colocam em alguns países quando se inclui a capacitação para aplicar injeções a Promotores de Saúde).*

Considerando-se que é freqüente que as intervenções educativas se contam entre as mais idealizadas, será muito útil desvendar estas dimensões "cratológicas" (de cratos: poder) da Educação Permanente, já que explicam não só o porquê de não haver possibilidade de neutralidade nelas, mas também por que, em algumas ocasiões, enfrentam grandes resistências, e por que, em outras, têm um êxito muito superior ao esperado.

Em outras palavras, será de grande utilidade realizar uma releitura desde uma perspectiva estratégica da Educação Permanente, afim de aportar elementos para uma melhor compreensão dos elementos e das forças que mobiliza, para a geração de uma base de sustentação e para um a melhor adequação de suas atividades e conteúdos.

A revisão do campo da EPS remete, em conseqüência, a uma série de autores que podem ajudar a entender de que maneira circula ou não circula o conhecimento nos serviços de saúde, e entre estes e a população.

Com referência a natureza política do conhecimento, Foucault (4) afirma que "com Platão se inicia um grande mito ocidental: o que de antinômico (contraditório) tem a relação entre o poder e o saber: se possui-se o saber é preciso renunciar ao poder; ali onde estão o saber e a ciência em sua pura verdade jamais poderá haver poder político. Há que se acabar com este grande mito - continua –, um mito que Nietzsche começou a demolir ao mostrar, nos

textos que temos citado, que por detrás de todo saber ou conhecimento o que está em jogo é uma luta de poder. O poder político não está ausente do saber, ao contrário, está entranhado nele .

Em outro texto (5) amplia esta concepção apontando que "cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral da verdade', ou seja, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos, a maneira de sancionar uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles (que estão) encarregados de dizer o que é que funciona como verdadeiro." Enumera o que considera os cinco traços de uma "economia política da verdade":

- *A "verdade" está centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem;*
- *está submetida a uma constante incitação econômica e política (necessidade de verdade tanto para a produção econômica quanto para o poder político);*
- *é objeto, sob diversas formas, de uma imensa difusão e consumo;*
- *é produzida e transmitida sob controle não exclusivo de grandes aparatos políticos e econômicos;*
- *é o núcleo da questão de todo um debate político e de todo um enfrentamento social.*

Estes traços se aplicam de uma maneira substantiva à construção social das profissões de saúde. As profissões geram um discurso científico validado pelas universidades, academias e colégios, e que, apesar de certas dissidências, surge como homogêneo frente à sociedade, que deposita sua confiança nos critérios de verdade que produzem.

Está (quem, ou o quê ?) submetida a uma brutal incitação econômica que tem originado nas últimas décadas um dos complexos industriais de maior êxito, e a uma incitação política gerada por distintas forças sociais que têm conseguido colocar uma boa parte do acionar de saúde como questão do Estado.

É um objeto de difusão e consumo de massa, como se pode verificar tanto na generalização do modelo de medicina ocidental e suas pautas de tecnologização, estendidas até a cultura da população, que assume pautas de automedicação, em boa medida independentes das indicações profissionais.

Existem grandes aparatos nacionais e internacionais de circulação e reforço de conhecimentos que, apesar de sua heterogeneidade, estabelecem uma notável regularidade e

padronização nas formas com que se abordam os problemas sanitários, hospitalares e farmacêuticos, em diferentes países e regiões.

É o núcleo de todo um debate político, especialmente visível atualmente em todos aqueles países que estão desmontando suas estruturas de "estado de bem-estar", fazendo retroceder serviços e prestações que a população reconhece como "direitos sociais adquiridos", dentro dos quais o retrocesso do direito à saúde aparece como uma das questões éticas e políticas mais complexas.

Em seus diálogos com Paulo freire (6), Antonio Faúndez retorna ao mesmo tema, mas desde uma perspectiva que permite penetrar o mesmo "fazer" pedagógico: "Penso, Paulo, que este problema de ensinar ou educar é fundamental e que, sem dúvida, se relaciona com o que dizíamos antes: posições políticas bem determinadas, em um mundo hierarquizado no qual os que detêm o poder detêm o saber, e no qual a sociedade atual oferece ao professor uma parte do saber e do poder. Este é um dos caminhos de reprodução da sociedade. Entendo, então, que é profundamente democrático começar aprender a perguntar".

> **"...estabelecer as respostas...é um absolutismo, não deixa lugar à curiosidade nem a elementos por descobrir. O saber já está feito..."**

A reflexão se torna complexa e polêmica quando se transfere ao setor saúde, já que ali a "autoridade profissional" pode se instrumentalizar como um recurso sobre o paciente, dando lugar a uma legitimação da certeza, a uma valorização da "segurança". Isto tem impedido na prática, até hoje, uma discussão em profundidade não só sobre a maneira pela qual o trabalhador e o profissional de saúde aprendem, mas também sobre aquilo que é tão ou mais importante: a reinterpretação da natureza dos contratos, ou formas de relacionamento que se estabelecem entre o médico e o paciente ou entre a população e os serviços de saúde.

Em último caso verificamos a perda habitual no processo terapêutico da canalização da energia do próprio paciente, condenado muitas vezes a cumprir rituais que não compreende e a ter fé em terapêuticas sobre cujas conseqüências não foi advertido.

A possibilidade de se levantar modelos analíticos diferentes surge quando buscamos romper com as lógicas racionalistas sem sujeitos, que "coisificam" as relações entre pessoas do ponto de partida da assimetria do seu poder relativo. Por esta razão, Bordieu menciona que "a noção de estratégia é o instrumento de uma ruptura com o ponto de vista objetivista e com a ação sem agente que supõe o estruturalismo.

Educação Permanente: Alguns aprofundamentos

A Educação Permanente aparece em boa parte da bibliografia como um fim com definições controvertidas, desde a alfabetização de adultos, passando pela capacitação profissionalizante, a atualização profissional e o estudo/trabalho. Esta confusão obriga a optar por uma definição operativa neste Capítulo, respaldada na produção que vem gerando e sistematizando o programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Panamericana de Saúde há mais de dez anos (embora com distintas denominações).

Em uma espécie de síntese operativa temos definido a Educação Permanente em Saúde como "a educação no trabalho, pelo trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população".

Esta definição marca um espaço próprio para centrar a EPS que, embora amplo, o diferencia de outras propostas e intervenções educativas. É interessante advertir como as diferentes concepções de trabalho em saúde têm seu correlato na forma como se concebe a Educação no e para esse trabalho.

A tendência crescente ao deslocamento do trabalho em saúde, desde o exercício liberal autônomo, individual e independente para formas de equipes, organizações ou redes, não tem permeado os imaginários profissionais, que continuam instalados na chamada prática liberal da profissão, e com freqüência a educação pós-graduação é vista como uma ferramenta para tornar realidade esses imaginários.

Em contraposição, neste capítulo, centraremos o eixo em grupos, equipes e redes que formam unidades de atenção, buscando não só o reconhecimento e a legitimação destas forma de organização preexistentes, mas também propiciando através da EPS o reforço e a estruturação de formas cooperativas de trabalho.

Será interessante refletir sobre a relação existente entre a contradição prática liberal/prática assalariada das profissões e a contradição Educação Contínua/Educação Permanente. Nos primeiros termos da equação percebe-se os interesses da história pessoal e nos segundos os da instituição e das equipes de trabalho.

As organizações em geral e as de saúde em particular

Manejar um quadro referencial comum sobre as organizações e o pensamento administrativo torna-se imprescindível para compreender em que espaços estamos intervindo, e quando o trabalho em saúde se tornou cada vez mais institucional.

A "Ciência administrativa" nasceu como um campo de prática e conhecimento autônomo nos Estados Unidos, focalizando no trabalho manual, de maneira que transformou o trabalhador numa máquina ergonômica suscetível de adestramento e otimização. O "fordismo" foi responsabilizado pela desumanização do trabalhador, sujeitado a uma linha de montagem (o que foi magistralmente dramatizado no cinema por Charles Chaplin no filme "Tempos Modernos"), e o Fayolismo consagrou, através da Administração científica, um rígido modelo autoritário de dominação, disciplina e controle, como base para o desenvolvimento organizacional.

Os processos de "adestramento" eram importantes para os clássicos. Para Taylor, por exemplo, o adestramento sobre o trabalhador – depois de haver realizado um estudo "científico" e comparativo de tempos, de movimentos e ferramentas, utilizando os trabalhadores com maior rendimento como fator de emulação – era o principal fator de incremento da produtividade.

Para Fayol, o adestramento necessário devia centrar-se nos gerentes, dando possivelmente origem e base à profissionalização dos "administradores do trabalho", concepção que influirá sobre as estratégias dominantes das Escolas de Saúde Pública até nossos dias.

Definitivamente, para os clássicos (concepções ou imaginários que ainda perduram dentro dos serviços de saúde), o edifício de poder das organizações se baseia em autoridade, responsabilidade e disciplina, sendo a autoridade "o direito de mandar e o poder de fazer-se obedecer"...e a disciplina "a obediência ao sistema de autoridade existente...é absolutamente necessária e nenhuma organização pode prosperar sem ela". (8)

Como mostrou Foucault, as disciplinas de adestramento, disciplina e poder sobre os corpos não só estavam estreitamente interrelacionadas entre si como também transferiam-se de um tipo de instituição a outro. Assim, as inovações disciplinadoras da escola, do exército, da cadeia, do hospital ou da fábrica se intercambiam para tornar mais eficaz a ação produtiva,

(o poder produz, afirma Foucault, para diferenciar a tradicional associação histórica entre poder e proibição).

No final dos anos 20 as Escolas de relações humanas descobrem, quase por acaso, que o sujeito de mudança (ou de não-mudança) das instituições não são os trabalhadores isolados, mas sim os grupos, que podem gerar uma cultura propícia para as inovações, mas que também podem gerar resistências ou pautas de produtividade sob os padrões fixados, com a capacidade de neutralizar socialmente ou de excluir aqueles que trabalhem além das pautas não escritas.

Na referência ao poder esta escola detecta a importância da análise de conflitos manifestos e ocultos, e os mecanismos da pressão horizontal dos grupos, que também pode ser considerados como redes de poder e influência, e que podem chegar até à exclusão e retirada da organização e da representação. (8)

Nessa época, Drucker (9) mostra um episódio que, na opinião dele, iria mudar a história da capacitação. Menciona que durante a segunda guerra mundial os E.U.A, que estavam em considerável atraso no campo da ótica, entenderam que seguindo os cânones tradicionais de capacitação não iriam reverter sua desvantagem relativa nesse campo, por isso produziram uma inovação educacional que lhes permitiu reduzir os tempos de desenvolvimento de novas habilidades, utilizando para isso a experiência de alguns de seus próprios trabalhadores.

Os neoclássicos são, provavelmente, os que mais influíram na formação do pensamento hegemônico dentro da administração hospitalar na América Latina, sobretudo porque os autores de maior sucesso neste campo, em língua espanhola, formaram-se na época em que essa escola era dominante nos E.U.A (o texto de Koontz H. e Donell "Princípios de Direção" foi um best seller nas Escolas de Saúde Pública até recentemente).

Desenvolveram as funções administrativas, flexibilizaram as estruturas diversificando as unidades de linha (comando) e as de staff (assessoramento). Sem dúvida, trabalhavam com os mesmos conceitos de autoridade usados pelos clássicos; afirmam que "a autoridade formal segue sendo a força básica que faz do trabalho direcionado o que é (...). A autoridade é a única força coesiva que existe na empresa"(8) (assim interpretaram nossos administradores dentro do hospital).

Max Weber é considerado um autor no campo da administração; contribuiu para o estudo e desenvolvimento da teoria da burocracia e para uma concepção do poder nas

organizações; para Weber “o conceito de poder é a capacidade de induzir o outro a aceitar ordens”, mas complementa esse conceito com outro fator a que chama de “legitimação”, que é o nível de aceitação dessas ordens por afinidade com elas, por reconhecimento ou por delegação de autoridade, geralmente associada ao fenômeno de liderança, que também surgiria como uma categoria para as Escolas da Sociologia Industrial, apoiada nos estudos de Kurt Lewin.

Os estudos de liderança deram origem à identificação de diferentes mecanismos, que parecem legitimar este obscuro fenômeno.

Para Weber, a liderança podia ser tradicional, carismática ou burocrática; neste sentido vale a pena verificar a preferência de Weber por um poder impessoal, sem titular, que nos remete às concepções de um liberal inglês, J. Bentham – redescoberto por Foucault -. A burocracia perfeita para ele é um panóptico, ou seja, um dispositivo de poder que funciona sem titular.

Para Lewin, a liderança se diferenciava em autoritária, democrática e laissez-faire, ou permissiva. Durante suas investigações chegou a inferir que a máxima produtividade estava associada à liderança autoritária, mas que na ausência do líder da produtividade esta caía abaixo da de outros grupos. Detectou que nos grupos com liderança democrática a produtividade não era tão alta como no primeiro grupo, mas se mantinha com escassas modificações, ainda que o líder não estivesse presente.

Nos grupos de liderança permissiva encontrou baixa produtividade e também baixo nível de satisfação com o trabalho.

As Escolas da Teoria da Organização se confrontaram duramente com os clássicos, demolindo sua pretensão de cientificidade ao denunciar que um conhecimento científico não poderia estar constituído a partir de princípios ou postulados, inclusive demonstrando que muitos dos postulados dos clássicos se contradiziam entre si.

No que se refere à base de poder de sua teoria, afirmam que “o importante não é mandar ou ter autoridade sobre os demais, mas ter a influência necessária para que a conduta dos demais se ajuste aos objetivos perseguidos. Influência é, então, a conjunção da autoridade com a comunicação, com o treinamento, com a identificação e com a eficiência”. Por essa mesma concepção, esta escola detecta as possibilidades das intervenções educacionais como mecanismos de construção de influência.

Apesar de a teoria da organização ter gerado alguma inquietude entre administradores neoclássicos, essa preocupação foi substituída pelo advento das Escolas que aplicaram a teoria geral de sistemas, representados por autores como Kazt e Johnson. Esta teoria, na realidade gerada como tal nos anos 30, fez em algumas dimensões a administração retroceder . Sem dúvida, sua sedução para as Escolas de Saúde era irresistível, já que sua inegável origem biológica tornava mais simples sua aprendizagem para alunos provenientes da carreiras da saúde.

Podemos considerar alguns aportes desta escola se tivermos em conta sua capacidade de entender "o todo funcionando", a articulação das interrelações das partes com o todo e as relações entre sistemas, subsistemas e metassistemas. Sem dúvida, de suas analogias biológicas se desprende um paradigma conservador; por exemplo, se considerarmos o hospital como um sistema, o objetivo deverá ser a homeostase, ou equilíbrio, que leva a ver toda mudança como uma ameaça, e todo questionamento do poder formal como iniciativa "entrópica" (princípio dos sistemas que fala da tendência à sua desorganização e desintegração); em outras palavras, a Escola sistêmica, a última das chamadas tradicionais, surgiu como uma escola epistemologicamente conservadora (como muitos dos intentos de aplicar este paradigma biológico ao social), e retomou critérios de autoridade que já haviam sido superados pela Escola da Teoria da Organização.

Os anos 70 debutam com uma profunda crise e uma marcada desconfiança com o que haviam aportado as Escolas tradicionais de administração, dada a grave transmutação que atravessavam as economias dos países centrais: pela estagnação dos mercados, pela mudança dos sistemas produtivos, pelo incremento do preço das matérias primas, especialmente do petróleo, entre outras coisas. O certo é que aquelas ciências de administração, baseadas exclusivamente na eficiência interna, tornaram-se incapazes de dar conta do fracasso e da quebra de organizações de primeira linha. Sob essas condições surge uma importante inovação, que será considerada por muitos autores como uma verdadeira ruptura com o pensamento administrativo tradicional. Referimo-nos à ruptura instalada por um heterogêneo grupo de Escolas incluídas no movimento da denominada administração estratégica (AE).

Hermida e Serra (8) detectam, desde 1970 até 1991, oito escolas de administração estratégica, que propõe agrupar em escolas "hard" e escolas "soft". As primeiras são as que reestruturam a organização sob o princípio de gerar um pensamento de fora para dentro. Isto significa, na prática, o translado do poder organizacional da área de produção para a área de

mercado (conceito interessante se considerarmos que a maioria dos nossos administradores de hospitais continuam sendo gerentes de produção, uma produção independente de resultados, e que existe uma histórica dificuldade para incorporar epidemiólogos nos serviços de saúde).

As escolas "soft", por sua parte, concentram-se em detectar que em situações de alta competitividade, em ambientes turbulentos e, mais ainda, considerando o deslocamento dos sistemas produtivos de organizações "mão-de-obra intensiva" para instituições "talento intensivo", é literalmente impossível desconhecer a qualificação, motivação, criatividade e iniciativa dos trabalhadores como um dos principais fatores que podem outorgar essa pequena ou não tão pequena vantagem comparativa.

Assim, nossos serviços de saúde acabam enredados em uma situação que, se não fosse dramática, poderia ser qualificada de cômica. Caracterizando-se como o mais conservador de um pensamento administrativo que havia sido desenhado para a produção de bens, em organizações "mão-de-obra intensiva", em empresas com finalidades lucrativas, em países centrais e economias em crescimento, os hospitais públicos pensaram-se a si mesmos como "fábricas que produzem consultas e egressos". Ignoraram que eram organizações produtoras de serviços, organizações "talento intensivo", sem fins lucrativos, em países que não são precisamente centrais e em ambientes turbulentos com políticas econômicas e sociais regressivas, e com um discurso de "Estado benfeitor" em retirada.

A Universidade estatal tampouco ficou isenta deste espírito modernizador acrítico, debatendo-se em muitos casos entre a incorporação de modelos administrativos fabris e uma ausência de administração.

A última escola de administração estratégica que os autores citados identificam vai mais além do que o descobrimento de um trabalhador sujeito de seu processo de trabalho como uma das vantagens comparativas de uma organização. Esta escola parece haver-se gerado para enfrentar o problema que surge para algumas organizações, quais sejam, outras organizações geradas por dissidentes internos com iniciativa, com criatividade. Baseados neste referencial empírico, propuseram uma nova figura, que denominaram "empreendedor interno" (ou entrepreneur). Esta pessoa ou grupo que agora se busca reter desenvolve toda uma nova linha de produção, contida dentro da mesma organização.

A relação é direta se considerarmos o caráter expulsivo que têm nossas organizações a respeito dos inovadores, a quem consideram um risco, e o prêmio quase absoluto para quem se limita a trabalhar em seu nível mínimo de necessidade.

Como se isto fosse insuficiente algumas experiências começaram a sustentar que “a unidade de mando não é imprescindível para a produção”, que é o mesmo que demolir o pouco que restava de pé do pensamento administrativo clássico e neoclássico.

A esse respeito promoviam-se novas formas administrativas e novas formas de trabalho, como os Grupos Autodirigidos (GADs) nos quais se verifica o papel subalterno da capacitação técnica, se acaso não se desenvolvem o que Hicks e Bone (10) chamam de as “habilidades interpessoais”, que para nosso caso se traduz como microadministração.

Se pensarmos em formas de organização mais democráticas, a priorização dos conteúdos de educação permanente pode realizar-se sobre as mesmas formas de organização de trabalho, com conteúdos que incluem conhecimentos que denominamos de formação microadministrativa, e que antes se reservavam somente para a “alta gerência”. Como conseqüência disto, em um segundo momento se desencadeiam processos de investigação para incorporar aqueles conteúdos técnicos que os grupos não podem obter por si mesmos.

Um aporte difícil de se caracterizar, mas com marcada ressonância, é o realizado por Senge (11), que gera toda uma proposta de desenvolvimento organizacional centrado em processos de aprendizagem, promovendo o que se denomina “a quinta disciplina”; utilizando analogias tecnológicas o referido autor afirma que o êxito organizacional não pode depender de uma só disciplina ou de um só eixo de inovação, e assinala a ausência de educação no pensamento administrativo, afirmando que as vantagens comparativas nos atuais ambientes turbulentos só as alcançam as organizações abertas ao aprendizado.

O controvertido do aporte de Senge é a recuperação, no início dos anos 90, de uma escola administrativa, a administração sistêmica, linha de pensamento que havíamos visto nos anos 70, sem incluir uma discussão dos mecanismos pelos quais esta linha foi abandonada nem por que razão se recuperou esta linha de pensamento.

Suas analogias de “instituições-escola” recordam a antiga tradição do Hospital-Escola, ou Hospital Universitário, que a administração hospitalar conseguiu estender, pelo menos conceitualmente, a todos os serviços de saúde ao identificar a docência e a investigação como duas das seis funções básicas do “hospital moderno”.

Temos realizado esta viagem um tanto prolongada pelo pensamento administrativo porque pensamos que a Educação Permanente não pode permanecer indiferente nem neutra a respeito destes fatores, especialmente se considerarmos os marcos teóricos e metodológicos que a alimentaram. Em caso contrário, cairemos no paradoxo de incorporar intervenções

fundadas em concepções progressistas de educação de adultos para reforçar organizações autoritárias, e se isto não fosse possível, poderíamos haver gastado uma forte carga de energia e esforços para uma intervenção que já estaria condenada ao fracasso.

O aporte das ciências sociais

É evidente que um dos motivos para a incorporação acrítica das técnicas de gestão nos setores sociais na América Latina é a ausência de um pensamento próprio em administração. Esta carência poderia ser mais decepcionante se quiséssemos recuperar os mais de 80 anos que leva de vantagem a administração norte-americana .

Sem dúvida, por um lado não é necessário inventar tudo de novo, mas por outro pode-se constatar que uma das maiores debilidades deste pensamento é ter nascido como um pensamento fechado, sem conexão com um desenvolvimento paralelo das ciências sociais, (como, em contrapartida, ocorreu em alguns países europeus, como a França). Este conceito é muito importante porque, enquanto temos uma grande impermeabilidade pensamento administrativo, isto não acontece no campo das ciências sociais (Sociologia, Psicologia Social, Antropologia, Educação e outras), nas quais se verifica a existência de escolas de ponta, que se confrontam sem complexos com escolas de países centrais e geram aportes de valor universal.

Estas ciências, sem dúvida, têm sido historicamente reticentes ao trabalhar no campo das organizações, como se tratassem com um campo social de menor dignidade epistemológica. Felizmente, existem exceções muito importantes, mas que não têm conseguido articular-se com equipes de estudo provenientes da Administração. Referimo-nos, por exemplo, às Escolas de Análise Organizacional como as de Ulloa ou Schlemenson, às de Psicologia Social como as de P. Riviere (12), entre outras.

Estas Escolas têm estudado intensamente os aspectos vinculados à análise de conflitos, à autoridade, à coação, à cooperação e organização nos grupos, às relações de vínculo dos trabalhadores com sua organização e com a tecnologia e seu impacto sobre o cuidado das equipes que estão a seu cargo. (13)

Através destas linhas de trabalho é possível encontrar os aportes específicos das ciências da educação, articuladas com as outras ciências sociais, e contribuir para elucidar temas como a combinação entre participação e governabilidade, que as organizações podem desenvolver para garantir sua produtividade, cumprir suas finalidades sociais e manter ou

incrementar sua legitimidade e prestígio frente a uma população usuária que está demandando serviços que podem ser vitais ou que podem resultar em danos ou incapacidades permanentes.

Explorando aportes possíveis

A primeira consideração é que os trabalhadores – que estão em uma linha de produção ou grupos mais ou menos autodirigidos – constituem unidades sociais que têm uma história, uma determinada estrutura de poder interna e externa, uma cultura que inclui o sentido de êxito do trabalho que se realiza e da forma como este se articula com os objetivos institucionais, indicadores de filiação (ao grupo) e de pertinência das tarefas que se realizam, códigos internos implícitos ou explícitos, assim como certo nível de conflito, oculto ou manifesto, entre outras coisas.

Estes traços servem para enfatizar que ao se imaginar uma intervenção educativa e muito mais uma que vai se instalar nos mesmos espaços de trabalho, esta não poderá ser considerada neutra dentro do conflito preexistente; (inclusive, se fosse neutra, duvidar-se-ia da proposta que se poderia haver colocado em um plano de excessiva generalidade, como estratégia para fugir do conflito, reduzindo consideravelmente, em conseqüência, sua capacidade de impacto sobre o trabalho).

Como e através de quem se contratam ou se promovem estas iniciativas é questão de grande significação, pelo que essas pessoas ou instâncias organizacionais representam. Isto nos coloca, definitivamente , no tema do agente externo ao processo de educação permanente, já que de uma forma ou de outra a instalação desses processos raramente surge só como iniciativa interna, ou pode ser sustentada como tal na prática; consideramos a existência de um projeto de transformação com agentes promotores, que mesmo com a ideologia de cooperação mais horizontal não deixam de ser atores de caráter subjetivo, que se somam à análise do conflito do grupo ou da instituição.

Se os grupos estão em conflito é não só inútil como contraproducente ignorar o fato, já que a aprendizagem se encontra paralisada para todo aquele que se distancia daquilo que o grupo problematiza. Desta maneira, quando se pensa em processos de motivação deve-se levar em conta esta problematização, que permite utilizar a energia do conflito (buscando verbalizá-lo, objetivá-lo, permitindo sua elaboração), e ao mesmo tempo direcionar as intervenções no sentido de sua resolução.

Neste caso a Educação Permanente não é tão “permanente”, como para não reconhecer um início que será geralmente posterior à instalação dos grupos, equipes ou coletivos de trabalho, e que terá êxito se assumir a gênese e a cultura destes grupos. Por sua vez, a cooperação pode instalar-se acompanhando uma parte da história destes grupos, até que o processo de Educação Permanente seja auto-sustentado.

Implicações para a cooperação

Na opinião do autor, estas reflexões têm importância, já que podem induzir a modificações nas estratégias docentes daqueles programas substantivos de saúde que em algumas situações transferem em grande quantidade pacotes tecnológicos, e que logo dão lugar a interrogações sobre a eficácia destas transferências. Supondo que, se somos conseqüentes com nosso enfoque frente a uma difusão tecnológica em grande quantidade, alguns grupos de trabalho podem se encontrar em algum momento, particularmente motivados para essa incorporação. São esses grupos que geralmente se utilizam para legitimar a difusão.

Consideraremos esquematicamente que os grupos de trabalho (e as instituições) passam por momentos de: satisfação com o trabalho → tensão crescente por inadequações internas e/ou externas de funcionamento → conflito oculto ou manifesto -> busca de novas formas de trabalho → satisfação →.

Com base neste esquema, provavelmente só os grupos que se encontram no momento de busca estarão receptivos a uma difusão técnica, enquanto que um processo de Educação Permanente deveria poder trabalhar em todas as fases ou momentos, compreendendo suas diferentes necessidades e níveis de motivação e abrindo inclusive espaços virtuais para a cooperação.

Só a título de conjectura poderíamos pensar que uma organização que esteja em uma fase de satisfação poderia necessitar de mecanismos de investigação para avaliar até que ponto esta satisfação está baseada em informação interna e externa objetivas; uma instituição, grupo ou equipe que esteja em estado de tensão pode necessitar de apoio para transformar essas tensões em problemas suscetíveis de ser definidos, descritos e explicados, para que se possa desenhar formas eficazes de intervenção (14); uma instituição que se encontra em conflito poderia estar paralisada por um conflito oculto, mas pode beneficiar-se de mecanismos de explicitação desse conflito; se o conflito for manifestado poderá facilitar a

própria delimitação, ao se buscar mecanismos de entendimento, arbitragem ou confrontação, sob regras que permitam sair da paralisia que esse mesmo conflito gera; se um grupo está em processo de busca significa que está altamente motivado, em pleno processo de aprendizagem e, conseqüentemente, necessita somente de acompanhamento e cooperação para detectar o conhecimento e as ferramentas mais adequadas às suas necessidades.

Algumas especificidades dos serviços de saúde

Os serviços de saúde, como organizações, compartilham traços e características com outros âmbitos de trabalho, mas apresentam outros traços que marcam sua especificidade.

Brito, Mercer e Novick (15), em excelente artigo, assinalam que o hospital "tem gerado um locus para diversas modalidades do processo de trabalho", identificando áreas que poderiam caracterizar-se como "ofício e ateliê" (a cozinha, a lavanderia); outras áreas caracterizadas como de "norma, seqüência e cronômetro" (a sala de operações), e outras como áreas de "produção em cadeia" (o consultório externo).

Isso determina que em um mesmo espaço físico convivam formas diferentes de organização de trabalho, em uma heterogeneidade que se estende até mesmos aos serviços médicos, organizados em diferentes momentos históricos, e que arrastam na organização de seu trabalho muitos traços dos modelos de prática que eram vigentes no momento de sua instalação. Assim, quando alguém atravessa o limite entre as salas de pediatria e neonatologia, ou desde (.....ATENÇÃO: seqüência ilegível.....).....clínica de cuidados intensivos pode, por um salto tecnológico e arquitetônico, experimentar a sensação de uma viagem no tempo, apesar de que ambos são serviços do mesmo hospital. Edifícios do século XIX que albergam tecnologia do século XXI, sem que se tenha resolvido problemas de infraestrutura, constituem-se mais em regras que em exceção na América latina.

Ao mesmo tempo, muito pouco se tem trabalhado sobre o aspecto social das instituições de saúde. Em geral, considera-se os serviços de saúde como espaços constituídos para suporte dos processos terapêuticos que ali têm lugar, mas pouco se tem refletido sobre o fato de que tanto os serviços como o hospital, como um todo, são ou podem ser considerados em si mesmos como espaços terapêuticos, dependendo de sua organização, sua funcionalidade, sua contenção dos problemas de saúde.

Afirmam os mesmos autores (15) que persistem os obstáculos “para uma homologação definitiva entre fábrica e hospital”, o que pode expressar uma oportunidade não muito duradoura para reconfigurar os serviços de saúde sob moldes diferentes de outras grandes unidades produtivas de nosso tempo.

Existe uma discussão antiga, porém incompleta, sobre quem deve conduzir os serviços de saúde em geral e os hospitais em particular, e como se deve fazê-lo.

Já é uma tradição na América Latina que são os médicos os profissionais quem habitualmente detêm a condução dos serviços de saúde; é menos freqüente que tal condução seja encomendada a outros profissionais de saúde, e ainda menos freqüente que esteja a cargo de profissionais que não pertençam ao setor de saúde.

Os mecanismos de legitimação são diversos; em alguns casos consideram-se sistemas meritocráticos baseados nos antecedentes gerais e em algumas formas de capacitação de pós-graduação que hajam incluido conteúdos de Administração; em outros casos a legitimidade é política, a condução é exercida por uma espécie de interventor que se legitima por delegação de autoridade, que vem de instâncias que conduzem as macroorganizações, das quais o serviço faz parte. Em alguns casos se ensaiam mecanismos de eleição interna de pessoas, ou de conteúdos que são propostos às instancias superiores, que logo aceitam a legitimidade que este mecanismo supõe e a legalizam com um ato político-administrativo.

Em todo caso, a tendência nos países latino-americanos parece estar dirigida para um sistema de governo no colegiado, que “derrama” poder de intervenção para “baixo”, em subdiretores, chefes de departamento, chefes de serviço e outros, em um típico modelo weberiano.

A prevalência na cultura institucional deste referencial burocrático não permite explicitar que a “estrutura informal da organização não coincide com a formal” e que atualmente um dos principais problemas de administração hospitalar na Região das Américas é que, na realidade, em muitos casos, em um sentido estrito, os diretores não dirigem os hospitais.

Em outras palavras, o problema dominante dessas organizações é o da governabilidade, apesar de que não se pode atribuir essa ingovernabilidade aos “excessos de participação”, já que é evidente que se trata de uma estranha combinação de ingovernabilidade com traços de autoritarismo.

Flippo (16) apresenta um princípio que serve para explicar, ao menos em parte, as razões estruturais desta ingovernabilidade. Afirma que "quanto mais simples são as decisões que se tomam na linha de produção, mais fácil é concentrar poder na cabeça da organização"; se lemos o princípio de Flippo ao contrário, podemos refletir que provavelmente não não exista uma organização na qual se tomem decisões tão complexas na linha de produção (ao ponto em que muito poucas organizações têm profissionais universitários – muitos deles com pós-graduação – na linha de produção). Isto explica por que não se pode estruturalmente aplicar modelos fabris nem burocráticos aos serviços de saúde (ao menos não se pode aplicar sem gerar conflito, oculto ou manifesto).

Se acrescentarmos a isto a convicção de que, tal como o expressa Foucault, existe uma ampla circulação entre estes sistemas microssociais e a sociedade em seu conjunto, não só no sentido de como a sociedade determina, mas também no sentido de como as organizações instituem uma ordem social, deveríamos dizer que nenhum processo de democratização da sociedade estará completo se não alcançar as instituições. Este conceito é especialmente relevante em alguns de nossos países que se encontram em um doloroso percurso, desde uma história recente de autoritarismos; ainda assim, o processo de democratização das instituições se encontra mais atrasado que o processo da sociedade como um todo.

Os trabalhos da Administração Hospitalar "científica" introduzidos por Fajardo Ortiz (17), Barquín e a versão traduzida de Owen, ao se apoiarem no pensamento da escola neoclássica com seus paradigmas sobre a autoridade, a natureza do trabalho e as características do trabalhador, não ajudam muito a resolver o dilema. Sem dúvida, continuam sendo os referenciais da formação neste campo, em muitas das Escolas e cursos de pós-graduação de Saúde Pública da Região.

O problema de base parece ser a maneira pela qual se estruturam mecanismos de condução para que as estruturas formal e informal se aproximem e como se libera esse profissional ou trabalhador de saúde, sujeito a um modelo organizacional que não lhe permite desenvolver suas potencialidades individuais ou grupais, esse trabalhador que, conforme mencionamos, a administração estratégica aplicada a organizações "talento intensivo" busca desamarrar, para poder contar com sua criatividade, sua capacidade de inovação, sua capacidade de empreendimento.

Isto nos leva a considerar, antecipando-nos aos que entendem esta proposta como muito desestruturada, que estamos discutindo sobre democratização das instituições, e em

conseqüência não estamos propiciando mecanismos que diminuam a governabilidade, mas, ao contrário que, a aumentem.

Outra dimensão central da discussão sobre a atual situação dos serviços de saúde é a de haver gerado uma organização hipercompartimentada, que faz com que as unidades não só estejam isoladas entre elas, mas, o que é mais grave, que se estruturem sobre um total desconhecimento do que acontece fora da instituição.

O pessoal do serviço de saúde, como se trabalhasse na sala de máquinas de um barco cujo rombo desconhece, se encontra isolado de qualquer reflexão ou análise sobre necessidades de saúde da população. Supõe-se que esta análise estaria expropriada "na ponte de comando"; sem dúvida, lamentavelmente em muitos serviços de saúde tampouco existem mecanismos, informação ou capacidade de leitura de informação epidemiológica, social, demográfica ou cultural.

Isto se verifica pelo líquido predomínio de indicadores de produção para medir a eficácia institucional e a quase inexistência de informação ou indicadores de resultado. A esse respeito vale a pena mencionar que, como parte da revolução do pensamento administrativo dos anos 70 verificou-se a instalação de um estilo de pensamento de " fora para dentro", que gerou uma transferência de poder dos gerentes de produção para os gerentes de marketing, fenômeno que ainda não se verifica em nossos hospitais nos quais os diretores continuam sendo gerentes de produção.

Educação Permanente e Qualidade

A problemática de Recursos Humanos se torna habitualmente invisível para a população em geral, inclusive para os usuários dos serviços de saúde. Sem dúvida, o usuário percebe (ou sofre) claramente o que poderíamos chamar de qualidade da atenção, que quando não é satisfatória se transforma em um importante problema social.

Donabedian (18) distingue dentro desse intangível conceito de qualidade três dimensões: a técnica, a interpessoal e a de "amenidades", ou conforto; fica evidente que em diferentes proporções todas elas se vinculam com o nível de desenvolvimento e motivação do pessoal de saúde.

Por isto, para nós fica evidente que sendo os serviços de saúde "serviços de pessoas para pessoas", o principal fator de qualidade da atenção está constituído pela disponibilidade, a atitude, o conhecimento e o desempenho dos trabalhadores de saúde. Neste sentido, a

Educação Permanente, tanto como ferramenta para a investigação e (auto)análise do trabalho quanto instrumento de problematização, tanto como mecanismo para elaborar conflitos quanto como proposta de busca e incorporação crítica de novas tecnologias e de novos procedimentos, ou seja, de novas formas de fazer as coisas, pode constituir-se em uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Quer se trate de serviços pessoais hospitalares ou desconcentrados, simples ou complexos, preventivos ou recuperativos, quer se trate de programas ou projetos de saúde pessoais ou ambientais, a qualidade destes serviços não será maior que a qualidade das pessoas que trabalham neles. (Sim, pode ser inferior, já que problemas organizacionais e tecnológicos podem reduzir o nível de desempenho abaixo da capacidade potencial dessas pessoas).

A recente "explosão" do conceito de qualidade total, vinculada diretamente ao êxito da indústria japonesa e aos desenvolvimentos de Demming (1), chegou até ao campo dos serviços de saúde com alcance que merece ser explorado.

Dados seus antecedentes como estatístico e o conhecimento de primeira mão de Demming sobre as experiências desenvolvidas por E. Mayo nos espaços fabris de Wawthor¸ é possível pensar em sua proposta como uma pragmática combinação entre a aplicação de padrões de qualidade, por técnicas de amostragem, e os desenvolvimentos da escola psicossocial.

Os campos de ação que a vinculam com a Educação Permanente são justamente aqueles que formam o coração de sua proposta. Referimo-nos ao desenvolvimento dos chamados círculos de qualidade, que estabelecem formas concretas de participação dos trabalhadores na avaliação, análise e redesenho do processo de trabalho com base em sua experiência e em uma reflexão sistemática sobre esse processo.

Os questionamentos sobre os prêmios e estímulos à produtividade individual, sobre as avaliações periódicas de pessoal, sobre a rígida divisão e especialização do trabalho, a ênfase no desenvolvimento de liderança, a importância colocada no treinamento como inversão não sacrificável , sua insistência em desterrar o temor como base de um clima organizacional supostamente produtivo, o levantamento sistemático da suspeita sobre o trabalhador como principal gerador de defeitos no sistema produtivo e seu convite para envolver a todo o pessoal nas propostas de mudança mostram claramente que mais da metade da proposta de

qualidade se baseia no desenvolvimento de Recursos Humanos, mas sobretudo na dignidade e no protagonismo do trabalhador.

Os círculos de qualidade se constituem com um grupo pequeno de trabalhadores (5 a 10), que se reúnem para analisar um problema e desenhar novas formas de organização de trabalho. Os grupos são flexíveis e podem se dissolver e voltar a se constituir de outra forma, em função do problema que se enfrenta.

Rico (19) conta que no Japão funcionam mais de um milhão de círculos de qualidade, mas no momento atual trata-se de um fenômeno que se estende rapidamente aos Estados Unidos, Coréia, Taiwan, Europa Ocidental e América Latina.

Em uma lógica similar a dos grupos operativos ou centrados na tarefa (12), a função dos círculos é enfrentar um problema que é a constituinte do grupo, explorar suas causas, desenhar em consenso novos procedimentos e experimentar em forma negociada com a gerência sua colocação.

Desta forma pode-se alcançar uma participação ativa nos processos de mudança, uma multiplicação da criatividade e da inovação em um clima organizacional estimulante e distendido.

Os problemas podem ser de diferentes naturezas e são gerados em um sistemático questionamento do processo do trabalho, tendo como ponto de partida a qualidade do produto, concebida fundamentalmente desde a perspectiva das necessidades do usuário. De certa maneira a agenda se forma com problemas que se geram ou se constróem desde uma cultura organizacional centrada na qualidade.

Fica evidente a aplicabilidade dos desenvolvimentos da Educação Permanente e da Investigação Educativa à atividade dos círculos de qualidade, aos que oferecem um instrumental teórico-metodológico amplamente validado.

O enfoque de qualidade total se torna funcional para o êxito econômico e para o desenvolvimento dos mercados, mas representa ao mesmo tempo uma concepção valorativa ao reivindicar o respeito pelo usuário. Esta noção é ainda muito mais importante se a considerarmos nos serviços de saúde, naqueles em que o usuário joga sua vida ou sua integridade física e/ou mental a uma qualidade que em muitos casos intui, mas que está longe de poder avaliar.

Neste caso, e como enésima ratificação, volta a instalar-se a problemática de Recursos Humanos como eixo do desenvolvimento dos processos produtivos e da mesma mudança

desses processos, ao ponto em que na organização de um recente congresso de Auditoria Médica chegou-se a propor levá-lo a cabo sob o lema: “qualidade é Recurso Humano”.

Educação permanente e controle do processo de trabalho

A dimensão do controle do processo de trabalho se converte em um problema básico da Educação Permanente, e como já temos visto, tem estreita relação com o pensamento administrativo prevalecente e com as concepções de poder nas quais se sustenta .

O pensamento neoclássico, que considero hegemônico na atual estrutura dos serviços, se baseia fundamentalmente na fragmentação do trabalho, a normatização ajustada de cada um dos processos e a reconstrução dos processos globais somente como exercício possível para a alta gerência.

Este modelo fabril, acriticamente transferido aos serviços de saúde, pode levar a extremos de desatino verificáveis em processos globalmente irracionais, por sua vez constituídos por um conjunto de procedimentos individuais de qualidade aceitável. Isto se verifica em fenômenos tão freqüentes como o exagerado prolongamento de dias de estadia por desarticulação dos serviços de diagnóstico e tratamento, a comprovação de que um paciente é mais rapidamente e melhor atendido quando oculta que foi referenciado por outro Centro de Saúde, ou por ambulâncias que deixam as parturientes na porta de um hospital, com a sugestão de que não digam que vêm de outro hospital, para evitar que sejam rejeitadas, por exemplo.

Em conseqüência, a baixa qualidade da atenção global não é sequer percebida pelo pessoal de saúde, cada um encerrado em seu serviço, às vezes até otimizando seus próprios procedimentos e resultados sem uma compreensão do funcionamento do todo. (Isto ocorre ocasionalmente, por exemplo, quando um empregado de um hospital necessita hospitalizar-se e tem então a oportunidade de analisar o processo desde “o outro lado do balcão”).

Essa fragmentação tem dado origem a múltiplos estudos sobre a alienação do trabalhador, mas pior ainda é que sua funcionalidade só pode ser compreendida pela incorporação acrítica da lógica de linha de produção, gerada pela Engenharia Industrial para tarefas “mão de obra intensiva”, como mecanismo para o aumento da produtividade.

Os serviços de saúde fazem com que o paciente passe (como se tratasse da matéria prima a processar) por distintas fases de um processo de montagem. Isto sem um responsável

visível pelo processo como um todo, e com o agravante de que aqui o produtivismo carece quase por completo de significado se acaso não se resolve o problema do paciente; parafraseando Matus: "...medir a efetividade de um hospital pelo número de consultas e egressos que produz é como medir a efetividade de um exército pelo número de balas que atira" (20).

Um processo de Educação Permanente só pode sustentar-se sobre a base de um trabalhador que é sujeito de seu processo de trabalho, ainda que intencionalmente isto contradiga a cultura dominante dos serviços de saúde. Por isto, a Educação Permanente por um lado demanda organizações mais democráticas, mas por outro, se é coerente ideologicamente, também desencadeia um processo de democratização institucional.

A fantástica liberação de energias e mobilização que gera esta passagem de objeto a sujeito pode ser vivida ao mesmo tempo como uma ameaça por aqueles que preferem uma ineficácia ordenada, por aqueles que temem os processos de participação e também por aqueles que se beneficiam com o fato de as instituições se manterem como estão.

Claro que a reflexão sobre esta passagem nos leva a interrogarmos sobre as dificuldades que pode ter um trabalhador para ser sujeito de seu processo de trabalho, se tampouco como estudante não pôde ser sujeito de seu processo de aprendizagem.

Por outro lado, este trabalhador, vítima de um processo de expropriação de seu protagonismo institucional, é ao mesmo tempo é aquele que faz vítimas ao ser ele mesmo o expropriador do protagonismo da população sobre seu processo de saúde/enfermidade.

Por isso temos interrogado freqüentemente quais são os limites da participação popular em saúde, quando esta faz intersecção com aqueles serviços de saúde nos quais a participação do trabalhador está vedada.

Na busca de uma forma de expressar de maneira didática o incremento destes processos, temos especulado sobre as possibilidades de imaginar condições que permitam gerar uma recuperação do caráter de sujeitos dos estudantes dos cursos de saúde nos processos de ensino/aprendizagem, do pessoal e dos profissionais de saúde no processo de trabalho, e da mesma população no processo de saúde/enfermidade.

GRÁFICO 2 (21)

PASSAGENS DE OBJETO A SUJEITO
OU RECUPERAÇÃO DO PROTAGONISMO

DO ESTUDANTE DE SAÚDE	**-→**	**NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM**
DO PESSOAL DE SAÚDE	**-→**	**NO PROCESSO DE TRABALHO**
DA POPULAÇÃO	**→**	**NO PROCESSO DE SAÚDE-ENFERMIDADE**

A educação permanente em grandes sistemas

A gestão da Educação Permanente adquire maior visibilidade em âmbitos organizacionais complexos e de grandes dimensões.

Torna-se um desafio particular analisar a problemática e encontrar as estratégias adequadas à gestão das grandes organizações de Saúde. Estamos nos referindo àqueles Ministérios de Saúde, instituições da Seguridade Social e outras, com grande estrutura própria, rede de hospitais, centros de saúde e programas de saúde.

A gestão destes grandes aparatos podem enfrentar, dada sua grande complexidade, 0problemas especiais de Educação Permanente, como estes:

- *a reconversão laboral de trabalhadores efetivos que tenham estado ligados a programas ou projetos que se desativam;*
- *a abertura, fechamento ou transferência de um hospital ou de uma unidade completa;*
- *a mudança ou profissionalização das estruturas gerenciais;*
- *a incorporação de novos serviços, de especialidades ou de novas profissões;*
- *mudança nos modelos de organização hospitalar, desde uma de especialidades até outra centrada na atenção progressiva do paciente, desde um hospital de internação a um hospital de dia, por exemplo;*
- *a absorção de clientelas novas: migrantes recentes, refugiados, convênios com caixas ou seguros, entre outras;*
- *a absorção de novas atividades docentes de pré ou pós-graduação, por convênios de integração docente assistencial;*
- *o apoio ou a aplicação de carreiras sanitárias e/ou funcionárias que regulam deveres e direitos laborais, e*
- *o aparecimento de Convênios de Educação Permanente com participação da Universidade.*

Provavelmente, em casos como estes é que se pode validar mais extensamente a utilidade de se aplicar enfoques estratégicos, já que é fácil identificar a fragmentação de visões e de atores sociais reais e potenciais envolvidos.

Uma proposta: Gestão estratégica da Educação Permanente em Saúde

Concebemos a Educação Permanente como uma ação técnico/política de alta eficiência, mas cujo êxito depende da existência de uma política institucional mas ampla que a inclua. Em outras palavras, se concebemos a Educação Permanente como uma ferramenta, esta deve estar inserida em uma proposta de mudança que uma força social concreta leva adiante, com um adequado cálculo de suas possibilidades e do campo de forças na qual esta intervenção se insere.

A dimensão educativa adquire assim um valor tático, já que é evidente que a melhor estratégia ficará invalidada se não existir capacidade tática para levá-la a cabo, sendo inclusive necessário pensar isto simultaneamente, já que as propostas educacionais não têm validade universal, e é necessário uma adequada consistência entre projeto institucional e proposta educativa que inclua as dimensões ideológicas, técnicas e metodológicas.

Um dos erros observados é o daquelas grandes instituições de saúde que incorporam pedagogos, psicopedagogos ou licenciados em Ciências da Educação, solicitando-lhes quase sem informação o desenho de “um programa de Educação Permanente”, sem considerar que são as mesmas unidades técnico-/políticas que devem realizar tal tarefa. É cooperando com estas unidades que o apoio e o assessoramento dos profissionais em educação se otimiza.

O desenvolvimento de um processo de Educação Permanente requer clara consciência de que não se trata de uma atividade marginal, nem de um adorno, nem de um mecanismo de descanso ou de refresco do pessoal; trata-se, bem utilizada, de uma das ferramentas mais eficazes de mudança estrutural, capaz de inscrever-se nada menos do que na cultural institucional.

Neste sentido, a tarefa costuma requerer uma ampla análise das necessidades de mudança institucional a partir de suas principais inadequações (a problemática). É necessário identificar em um plano mais estrutural as forças sociais que concorrem ou intervêm sobre a situação analisada, seus recursos, seu poder relativo, sua posição tanto na situação como

frente à nossa proposta de mudança, seu sistema de valores, sua possibilidade de aliança com outras forças, em função do nível de ameaça que a proposta suponha.

Ao definir o programa direcional e os projetos através dos quais se alcançará a visão, devem ser incluídas as intervenções educativas necessárias. Mas é importante assinalar aqui que só excepcionalmente se alcançará o êxito de um processo de Educação Permanente se este não estiver acompanhado de outras intervenções que reforcem o que aquele possa alcançar.

Como exemplos:

- *um modelo de estudo/trabalho pode requerer mudança nos regulamentos de pessoal ou nas condições de trabalho...;*
- *uma capacitação pode requerer simultaneamente uma mudança no sistema de alocação de recursos.*
- *uma capacitação gerencial para a descentralização tem que ser razoavelmente contemporânea com as medidas legais e técnicas que efetivem essa mudança na estrutura do poder.*

Se estas ações não se realizam simultaneamente não só invalidam o que foi obtido através da ação educativa como também criam um clima de descrédito que se estenderá a iniciativas posteriores.

(.....ilegível....).....a visão com técnicas de desenvolvimento institucional; o desenho de projetos com o instrumental teórico/metodológico da Educação Permanente (ver neste livro o Capítulo IV preparado por Davini); a construção de viabilidade, mudando a Educação Permanente com outras estratégias de mudança organizacional, e o programa operativo mediante o desenvolvimento de um processo de gestão da Educação Permanente, na lógica de qualidade/eqüidade.

GRÁFICO 3

MOMENTO DE PLANIFICAÇÃO ESTRATÉGICA APLICADA À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Maior Globalidade: as instituições

ANÁLISE DE SITUAÇÃO	**IDENTIFICAÇÃO DE VISÃO**	**CONSTRUÇÃO DE VIABILIDADE**
ANÁLISE ORGANIZACIONAL INSTITUCIONAL	**DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**	**OUTRAS ESTRAÉGIAS DE MUDANÇA**

Maior Especialidade: os problemas do processo de trabalho

INVESTIGAÇÃO DE PROBLEMAS | **DESENHO DE PROJETOS** | **PROGRAMA OPERATIVO**

INVESTIGAÇÃO EDUCACIONAL, INVESTIGAÇÃO DE SERVIÇOS DE , SAÚDE | **PROGRAMAS E PROJETOS DE EPS** | **GESTÃO DA EPS PARA MUDANÇA INSTITUCIONAL**

Objeto de Transformação

Processo de trabalho orientado para obter qualidade nos serviços e eqüidade na situação de saúde e no acesso aos serviços.

Análise de situação

A análise de situação nos processos de Educação Permanente se beneficia com os aportes da análise organizacional. Nas instituições podemos identificar ao menos duas dimensões, uma mais estrutural, que Serra e Hermida denominam técnico/administrativa, ou dimensão hard, outra mais funcional que denominam de Cultura Organizacional, ou dimensão soft. A dimensão hard nos obriga a relevar a estrutura organizacional, a divisão vertical e horizontal do trabalho e das redes de informação e de poder/saber que se estabelecem.

A análise da estrutura formal e informal da organização e a diferença entre ambas pode oferecer muitas informações. Os manuais de procedimentos, a descrição dos postos e em geral da normatividade do trabalho nos oferece um testemunho indireto dos graus de liberdade das diferentes categorias profissionais.

A dimensão soft nos orienta a relevar a cultura organizacional, a compreensão e consideração das formas relacionais e a mútua representação interna que se estabelece entre os diferentes grupos ou agrupamentos, que podem formar-se segundo diferentes critérios de recorte desses mesmos grupos.

Conceitos como filiação, pertinência, responsabilidade, vínculo, objetivos comuns, podem servir para orientar os instrumentos de semiologia institucional nesta dimensão.

O campo ou o locus (Bordieu; além disso, ver nesta obra o Capítulo II de Brito, Ribeiro e Roschke) fica predeterminado pelo sujeito que analisa em função de sua percepção , seus interesses e o alcance de suas decisões.

A complexidade da análise deve de todas as maneiras responder às mesmas dificuldades e complexidades que orientam a análise situacional em outros espaços, sempre que definimos as instituições como espaços microssociais.

Referimo-nos às grandes complexidades da análise situacional que enunciamos assim:

1. *O sujeito que analisa está incluído no objeto analisado. Este princípio recorda a necessidade de reconhecer o caráter subjetivo de toda análise social, e as formas pelas quais podemos trabalhar com esta complexidade (revelação do código operacional e cada ator considerando suas dimensões de posição, recursos de poder, ideologia, experiência e intencionalidade, análise ou reconstrução intersubjetiva, análise objetiva ou de variáveis para todos os atores).*
2. *O fenômeno oculta sua essência (em ocasiões intencionalmente)(22). Esta segunda complexidade nos indica que existem problemas cujos elementos explicativos não se manifestam e não podem ser detectados, a menos que se desenvolva uma metodologia adequada para revelá-los. Este fenômeno, que é a base da necessidade de toda investigação, se torna complexo adicionalmente nos espaços sociais quando o ocultamento pode ser intencional como parte das estratégias de poder que um ou mais atores sociais desenvolvem (na dinâmica transparência/opacidade). Novamente, para isso é necessário desenvolver ferramentas que enriqueçam a análise situacional; sem dúvida, é necessário considerar que em algumas ocasiões o essencial se revela como conseqüência da investigação, porém, em outras como conseqüência da intervenção. Isto faz com que essa intervenção possa ser considerada uma ferramenta de produção de conhecimento. A análise histórica é particularmente útil para reverter esta complexidade porque contribui na resposta para interrogações como estas: Como é que a realidade chega até aqui? Baseada em quais relações de força? Baseada em quais conjunturas favoráveis ou desfavoráveis ?*

Na análise da situação é importante identificar o sujeito que analisa, o qual, como temos visto, ainda que sendo um agente externo, fica rapidamente incluído na situação, geralmente colocado próximo da unidade organizacional que o contratou; desta forma (segundo Schlemenson), agente externo e sistema/cliente formam uma unidade analítica cuja decodificação é imprescindível para a ação.

A psicologia social aproxima um olhar particular ao fornecer seu desenvolvimento sobre a dinâmica dos grupos. Este olhar, embora necessário, não é suficiente, já que as instituições complexas são mais que um conjunto de grupos conectados (Schwartein) quando existem relações hierárquicas entre eles.

A aprendizagem em grupo, por sua vez, é uma dimensão básica da EPS: trabalha-se com dificuldades e resistência dos grupos que se enfrentam em situação de aprendizagem, o que não é simples; mas, ao mesmo tempo deve-se considerar o impacto que pode ter a translação de representações de um grupo que decide mudanças e busca novas formas de organização de trabalho. Em outras palavras, a EPS, que trabalha com grupos laborais, pode gerar uma quebra na forma de um vínculo paralisante, que mais cedo ou mais tarde gerará crises, instalando uma dinâmica de grupo na aprendizagem.

O conflito ocupa um lugar central em nossa análise; forma parte da "história natural" dos grupos e instituições, mas é uma dimensão habitualmente mal compreendida e pior utilizada na mudança institucional. O conflito emerge do desacordo em relação ao sentido em que se move (ou como se move) o grupo, inclusive pode emergir por uma razão mais banal ou mais estrutural, mas habitualmente expressa o descontentamento de uma ou mais personagens em relação às características não escritas do projeto de mudança grupal ou institucional; esta pode ser percebida como beneficiando a uma parte do grupo, em prejuízo da outra. Não existe tal coisa como "a resistência à mudança"; na realidade ou no imaginário de um grupo se percebe a mudança (ou a não mudança) proposta, como uma verdadeira ameaça para a posição institucional que uma pessoa ou um conjunto de pessoas detém. Desde que o conflito pode manter-se de forma oculta e o equilíbrio de um grupo ou serviço pode ser muito instável, a EPS pode "produzir" uma intensa reação negativa, incluindo a possibilidade de transformar um conflito oculto em um manifesto.

- *Se mantivermos a consistência da nossa proposta e ainda considerando o custo emocional que esta situação supõe, podemos considerar que ao emergir o conflito estaremos melhor que antes, já que fica mais fácil lidar com um conflito manifesto.*
- *Alguns autores entendem, inclusive, que em uma realidade heterogênea e complexa o conflito pode oferecer uma pista relevante (um verdadeiro ponto de apoio) para suportar uma proposta de mudança institucional.*
- *Pode chamar a atenção do leitor o fato de que neste capítulo se vincule uma intervenção educativa com conflito. Mas vale a pena recordar que, apesar do caráter de valor simbólico que adquire o conhecimento, possuir (ou não) esse saber pode transformar-se em um recurso de poder que, por maior ou menor que seja, pode ser capaz de desequilibrar uma situação.*

- *Um conceito bastante interessante para ser trabalhado em instituições é o de equipe. Existem algumas diferenças entre grupo e equipe, ainda que exista uma ampla possibilidade de circulação de noções, esquemas e tecnologias entre eles.*

* Grupo se refere mais a um conjunto de pessoas que explicitam um objetivo comum, que parte de uma certa simetria em termos de poder, funcionalidade e hierarquia de cada membro dentro dele. Os grupos podem ser de diferentes tipos, mas os mais pertinentes ao tema de que tratamos, por sua articulação com o trabalho, são os grupos centrados na tarefa; grupos que compartilham um objetivo comum e que apesar de se organizarem ao redor de diferentes tarefas reconhecem uma tarefa comum, capaz de estabilizar os diferentes grupos, que é a aprendizagem (P, Riviere).

A idéia de equipe refere-se mais à especialização de tarefas, mais freqüente nos âmbitos institucionais, nos quais cada qual opera no conjunto conforme sua especialidade. As imagens de equipes esportivas ou de orquestras são com freqüência analogias utilizadas para explicar este conceito e para motivar equipes de trabalho avaliando os aportes individuais a um resultado de conjunto.

Investigação de problemas

A investigação de problemas é um momento que alcança uma dimensão diferente quando a aproximação dos problemas se faz desde a perspectiva da descoberta de necessidades educacionais. Não se trata de transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas indagar os vazios de conhecimento ou estruturas de atitudes que formam parte da estrutura explicativa desses mesmos problemas.

A investigação educacional aplicada à análise do trabalho é uma ferramenta que permite iluminar a partir de uma posição teórico/metodológica precisa até às necessidades educativas, que podem ser mais eficazes para a transformação do processo de trabalho, do modelo prestador e mesmo da situação de saúde.

Os problemas emergem a partir da mesma análise do processo de trabalho, sistematicamente interrogado através dos emergentes (conflitos, inadequações) e de uma atitude pró-ativa tendente a buscar novas formas de trabalho mais eficazes, mais gratificantes

e mais participativas. A investigação de problemas de planificação não alcança uma profundidade maior que a necessária para sustentar uma intervenção eficaz.

A necessidade básica para a intervenção está centrada na rede explicativa dos problemas sempre que alcancemos aquela dimensão que permita passar do conhecimento à compreensão; já Heráclito afirmava que “conhecer muito não ajuda por isso a compreender”, orientando-nos para a busca de uma trama de articulações lógicas e de teorias como meio para a compreensão, mais eficiente que uma interminável exploração de causas que muitas vezes não conseguem iluminar o objeto em estudo.

Os problemas para identificar, delimitar, descrever e explicar, podem ser de diferentes naturezas, vazios de conhecimento, técnicas inadequadas , agressivas ou custosas, vazios de informação e/ou comunicação, queixas (com referência às queixas, estas são definidas como uma insatisfação de um sujeito com uma resposta estereotipada), resistência a erros sistematizados, vazios de compreensão, excessos de técnica, desumanização do trato ou da atenção, rejeição ou barreiras de acessibilidade, especialmente a de natureza cultural, conflito de modelos prestadores, conflito de profissões ou categorias profissionais para controlar um determinado processo de trabalho, procedimento ou tecnologia conflito de formas de contratação e/ou de formas de remuneração, desatualização de grupos profissionais e/ou de normas de atenção e/ou a ausência destes.

Para qualificar um problema como direta ou indiretamente educativo basta que uma dimensão de educação permanente emerja em sua formulação, em sua descrição ou em algumas de suas explicações.

Também aqui se adota a toxonomía de problemas que temos adotado em planificação ao identificar problemas intermediários (majoritários na EPS) mas também alguns terminais (rejeição, barreiras culturais, bloqueios à participação popular em saúde, etc.). Uma evidente ênfase detectaremos em problemas atuais, e também podemos identificar alguns problemas potenciais que nos permitem que antecipemos sua ocorrência; a esse respeito, Benis e Namus (23) identificam nas instituições dois diferentes tipos de aprendizagem, uma aprendizagem de manutenção, tendente a sustentar ou melhorar o desempenho sobre suas atuais bases e uma aprendizagem inovadora, que tende a gerar novos produtos e novos processos produtivos.

Com respeito aos indicadores descritores de problemas, é necessário melhorar nossa capacidade de identificação deles, a fim de facilitar os necessários processos de avaliação (ver Capítulo VII, de Roschke y Collad ..(ilegível).... nesta mesma obra).

Com referência à cartografia de planos e espaços que utilizamos em nossa matriz de descrição e explicação de problemas, alguns grupos consideram complexo seu uso; nossa idéia é que a complexidade faz parte do problema e que considerando-se a gradação de planos/espaços desde o funcional singular até a geno-estrutural geral pode-se compreender como os planos e espaços de diferentes densidades em termos de relação de poder servem para identificar graus de vulnerabilidade das explicações segundo o plano/espaço em que se encontram, ou, em outras palavras, os graus de facilidade/dificuldade para removê-las.

Identificação da visão

O momento de identificação da visão é um processo de mudança institucional que privilegia a EPS como projeto e como estratégia, requerendo explicitar a situação, objetivo de caráter simultaneamente desejável e possível, que seja capaz de orientar os esforços coletivos.

Esta concepção supõe que não só é possível imaginar um trabalho técnico de definição de uma situação objetiva, mas que também é necessário explorar os desejos implícitos e explícitos daqueles que formam a instituição e que de alguma forma devem ser "apanhados" pela visão.

A possibilidade de articular valores como eqüidade e eficiência social e de desenvolver um "pensamento de dentro para fora" permite orientar as mudanças institucionais, e estas são esperadas pelos enfoques sócio/antropológicos, políticos e administrativos gerenciais.

Nesta perspectiva, a opinião externa como a dos usuários, dos pacientes, da comunidade, das instituições que entram em rede de referência e contra-referência adquire um altíssimo valor político e a instituição não deve poupar esforços em obter essa informação. Entendemos aqui como opinião não só a que se emite sobre o funcionamento atual dos serviços, mas também as expectativas sobre quais padrões de qualidade e que tipos de serviços podem ser satisfatórios.

Percebe-se então que a visão está colocada no espaço do desenvolvimento institucional; instituições que percebemos essencialmente como serviços de saúde, mas que por extensão poderiam ser também universidades, colégios profissionais, sindicatos, por exemplo.

A quantidade e a diversidade de variantes (variáveis que o ator planifica com controle) internas e externas que possam enfrentar este processo de planificação solicita a incorporação de ferramentas de previsão como as técnicas de palco.

Mudanças de autoridades e/ou de políticas, mudanças significativas no financiamento originado em rendimentos gerais ou em outras fontes. Mudanças no panorama epidemiológico, greves externas ou internas, encerramento transitório ou definitivo de outros serviços nas mesmas áreas geográficas, infecções hospitalares, obsolescências ou inovação tecnológicas, que representam um punhado de variantes que podem ser enfrentadas e cuja capacidade de resposta deve necessariamente integrar o processo de planificação.

Se verificarmos o Gráfico 1 poderemos identificar espaços de intervenção e os valores que podem iluminar a construção de uma visão que os integre.

GRÁFICO 4

ESPAÇO		VALORES ORGANIZADORES
RESULTADO TERMINAL	SITUAÇÃO DE SAÚDE	EQÜIDADE EXPRESSADA como EQÜIDADE nos riscos e eqüidade NA ACESSIBILIDADE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, NOS finais DE AUTOGESTÃO, CO-GESTÃO.
PRODUTO	PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	QUALIDADE, COBERTURA E EFICIÊNCIA SOCIAL, PENSAMENTO DE FORA PARA DENTRO
OBJETO DE TRANSFORMAÇÃO	PROCESSO DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES, TECNOLOGIAS APROPRIADAS, CULTURA ORGANIZACIONAL INOVADORA E DEMOCRÁTICA
INSTRUMENTAL TEÓRICO-metodológico] dE TRANSFORMAÇÃO	EDUCAÇÃO PERMANENTE	PROBLEMATIZADORA – EM, POR E PARA O TRABALHO – CENTRADA EM EQUIPES MAIS DO QUE EM PESSOAS

Completamos o comentário sobre este momento recordando que, sim , temos explorado na análise de situação um plano mais profundo da realidade a ser transformada, expressa como um plano de Atores Sociais, e de fato, este plano tem capacidade de determinar a variedade de possibilidades de nosso objeto de transformação. As

modificações necessárias da correlação de forças entre os atores sociais relevantes da situação devem ser incluídas na visão para se manter o caráter estratégico do exercício.

Desenho de programas e projetos

Caracterizamos a diferença entre programas e projetos em função de critérios nem sempre coincidentes com a bibliografia especializada. O critério que temos utilizado aqui é o que atribui aos projetos a função de enfocar uma ou mais explicações estruturais do problema a ser enfrentado, com a idéia de resolvê-lo ou modificá-lo de forma definitiva; portanto, a lógica de um projeto é a de intervir e sair, é a de ser transitório, de esgotar-se por si mesmo na busca de seu objetivo.

Um programa de mudança está destinado a enfocar ou neutralizar explicações funcionais, que por suas naturezas não se esgotam, mas emergem sistemática, periódica e imprescindivelmente.

Em conseqüência, um programa está sempre disponível e forma parte do equipamento de uma instituição.

A diferença assinalada é relevante para a educação porque seu caráter de "permanente" evoca mais lógica de programa que lógica de projeto.

Sem dúvida, cremos que a EPS se adapta tanto à lógica de programas como à lógica de projetos, por exemplo, quando se busca uma intervenção que possa causar impacto sobre a cultura institucional, ou dar suporte a uma reforma do modelo prestador que operará como projeto. Quando se trata de uma forma sistemática de adequação para novos trabalhadores o desenvolvimento de círculos de qualidade operará como programa. Em ambos os casos é possível aprofundar-se no desenvolvimento deste momento revisando neste mesmo texto o Capítulo V, de Davini y Roschke.

Concluímos este momento levando em conta a necessidade de avaliar o que denominamos de potência direcional, ou seja, a contribuição que os programas ou projetos de EPS podem dar para se alcançar a visão.

O momento de construção de viabilidade

Os programas ou projetos de EPS operam freqüentemente como programas ou projetos substantivos de um processo de transformação institucional; em outros casos podem

anteceder sua necessidade e em outros ser identificados como um mecanismos privilegiados de manutenção das mudanças alcançadas.

Em qualquer caso, verifica-se que em projetos de manutenção ou em processos de transformação a EPS não é uma forma de intervenção que possa conceber-se isolada de outras intervenções e desarticular-se da história e do desenvolvimento institucional.

Neste momento necessitamos identificar a viabilidade tanto dos programas e projetos da EPS quanto da própria percepção deles. Durante esse mesmo momento buscamos articular a EPS com outros programas e projetos de desenvolvimento institucional e verificar a necessidade de gerar operações ou projetos de suporte para construir viabilidade. Por exemplo, um projeto de EPS pode prever reuniões periódicas de todo o pessoal de um Centro de Saúde, mas este pode não contar com um espaço físico para esses eventos. Um processo de fortalecimento do serviço de laboratório de um hospital, com uma lógica de desenvolvimento de trabalho em equipe que busca uma redução substancial dos tempos de espera, não consegue reunir técnicos e profissionais que trabalham em diferentes horários.

Estes "recursos técnicos" de um programa/projeto de EPS, longe de nos paralisar nos orientam na busca de estratégias (movimentos que tendem a tornar acessível o objetivo) que construam viabilidade. Estas estratégias podem ser simples como operações ou complexas como projetos, inclusive em alguns casos mais complexas que o projeto que buscam mobilizar.

Na viabilidade de uma visão de desenvolvimento institucional podemos imaginar então uma rede de programas/projetos e operações substantivas e de suporte dentro da qual a OPS se inclui não só como programas/projetos substantivos ou de suporte mas também como concepção teórica/metodológica que pode contribuir para a formulação de outros programas e projetos.

No nível mais complexo das estratégias referentes à lógica de oponentes e aliados, é necessário reforçar a idéia de que a EPS pode ter um caráter de "violência simbólica", que Bordieu identifica na educação em geral porque força mudanças nas representações internas dos sujeitos envolvidos, mas, além do mais, nos espaços institucionais gera transferências de saber/poder dentro das estruturas formais e informais das organizações. Em conseqüência, as estratégias devem prever tanto momentos de cooperação e motivação quanto de confrontação e conflitos, fatos estes que acompanham todo o processo educativo e que não se encontram na superfície das coisas.

Programa direcional

No programa direcional ou momento tático/operativo colocamos em jogo nossa capacidade de levar adiante programas/projetos de EPS articulados com outros programas/projetos em uma rede ou trajetória estratégica predefinida. A gestão da EPS não só requer uma adequada formulação estratégica mas também a capacidade tática de executá-la. De nada adianta incluir técnicas educacionais ou grupais inovadoras se não contarmos com pessoas que dominem essas técnicas, técnicas que em mãos não experientes poderão ter efeito inverso daquele que se quer alcançar.

Os programas/projetos de EPS necessitam de precisão e flexibilidade, qualidades que supõem o domínio das técnicas que vão ser utilizadas e que, como pode-se ver na bibliografia sobre o tema neste mesmo texto, são extensas e provêm de diferentes origens nem sempre concordantes entre si. Ao domínio das técnicas antecede um fator que pode até dissimular algumas incongruências metodológicas, que é a coerência ideológica das técnicas, instrumentos e conteúdos da EPS e destes com os outros programas ou projetos de desenvolvimento institucional.

A gestão destes processos em tempo real pode ser beneficiada se forem formadas equipes de condução deles e nas quais se combinem representantes ou delegados das autoridades da instituição, dos trabalhadores da área ou espaço de transformação, peritos na área ou espaço de transformação, peritos nas técnicas educacionais selecionadas, alguém responsável pela logística e infra- estrutura (de acordo com a complexidade do projeto) e a Cooperação externa, quando corresponda.

Temos tentado, em síntese, mostrar formas de articulação teórico-/metodológica com a proposta de planificação estratégica , com o objetivo de se fazer aportes concretos na construção do que temos chamado de Gestão Estratégica da Educação Permanente em Saúde (GEEPS). Esta é uma construção inconclusa, e se coloca no texto do capítulo apenas como estímulo para impulsionar os verdadeiros desenvolvimentos metodológicos, que estão sempre situados, espacial e temporalmente, em instituições concretas.

A universidade e a educação permanente

Em princípio, parecia que a Educação Permanente era uma atividade exclusiva das instituições empregadoras. Sem dúvida, existem diversos argumentos que fazem pensar que isto necessariamente não tem que ser assim.

Por um lado, as grandes estruturas estatais com serviços próprios (Ministério da Saúde, Segurança Social, Forças Armadas) podem ter um quadro de pessoal tão amplo e diversificado que a montagem de um sistema de Educação Permanente com cobertura razoável suficiente para causar impacto pode supor uma tarefa tão complexa como o desenho de uma universidade (imaginemos na região exemplos de instituições com mais de 10.000 agentes, desde superespecialistas até empregados de serviços gerais. Mesmo que uma tarefa destas solicite de imediato a descentralização, como já temos visto, a tarefa se realiza com melhor qualidade quando a compartilhamos com instituições que manejam conhecimento e tecnologia para assumir tarefas desta dimensão, como é o caso da universidade. A isto deve-se juntar a necessidade de apoiar o desenvolvimento da EPS em técnicas de Investigação Educacional que possam desenvolver-se como projetos multiinstitucionais.

Por outro lado, existem pontes entre a universidade e os serviços de saúde através dos convênios de integração docente assistencial (IDA), que geralmente geram atividades que são vividas desde os serviços de saúde como uma carga, verificando-se freqüentemente graves problemas naquilo que denominamos microcontratos (isto significa que enquanto os macrocontratos explícitos entre autoridades institucionais funcionam razoavelmente bem, os microcontratos implícitos no nível de profissionais de serviços e docentes podem não funcionar, seja por diferenças salariais, pelo não reconhecimento acadêmico dos docentes de serviço ou por recíproca desconfiança entre ambos os grupos).

Talvez uma coisa diferente poderia ocorrer se a universidade se envolvesse nos processos de educação permanente nos serviços, o que na seqüência lhe permitiria capacitar seus docentes.

Outro elemento básico surge ao se considerar que na realidade a maioria das Universidades não tem experiência na formação específica em Educação Permanente, o que é uma dificuldade, em primeiro lugar porque a Universidade também tem necessidade de manter e incrementar a formação de seus próprios quadros; em segundo lugar, essa atualização pode ser de natureza acadêmica, mas fica muito mais ajustada quando os docentes participam de atividades de EPS nos serviços (um exemplo real, talvez um pouco extremo, é o de algumas escolas de enfermagem que nos informavam que ensinam técnicas de

esterilização com equipamento mais moderno, que é o que, conseqüentemente , os alunos encontram nos serviços –mas o mesmo poderia acontecer inversamente. Desde esta perspectiva, envolver-se nos processos de Educação Permanente pode ser de grande proveito paras Universidades, como aconteceu com as residências médico/profissionais em vários países da Região.

É fato conhecido que , assim como para a maioria das Universidades não ocorre que seja necessário consultar os serviços de saúde para realizar reformas educativas e curriculares, aos serviços de saúde não ocorre que poderiam realizar a Universidade em tão algo "interno" como a Educação Permanente de seu próprio pessoal.

Sem dúvida, podemos pensar em uma proposta mais global que proponha a possibilidade de realizar simultaneamente convênios que envolvam Educação permanente em Saúde e Integração Docente Assistencial (EPS-IDA).

Cremos que estrategicamente os convênios só se estabelecem quando as duas partes percebem que se beneficiam de forma razoavelmente simétrica e se estabilizam se isto efetivamente acontece. Por isso, um convênio EPS/IDA, em decorrência do componente IDA, poderá ser visto como benefício para a Universidade (mesmo que seja para ambos) e em conseqüência do componente EPS poderá ser visto como benefício para serviços (mesmo que também seja para ambos).

Conclusões (provisórias e novas interrogações)

A Educação Permanente nos serviços de saúde tem sido amplamente conceituada como uma intervenção de natureza técnico-política, por sua capacidade de fazer circular saber e poder, como tem sido analisada em referência às características dos âmbitos de trabalho.

Neste capítulo queremos levantar alguns pontos, mas também abrir novas interrogações para a Educação Permanente nos serviços de saúde. Selecionamos aqueles que nos parecem particularmente importantes, e cuja elucidação pode ampliar a capacidade de impacto desta proposta:

3. *Até que ponto o processo de EPS fica predeterminado pelas formas contratuais? (ou seja, quem é que contrata, para quê contrata, a quem contrata e para trabalhar com quem).*
4. *Quais são as possibilidades de se reconverter as demandas quando se detecta que na opinião dos contratados as necessidades institucionais diferem daquelas explicitadas pelos contratantes ?*

5. *Existem processos de Educação Permanente sem agente externo? Como esses processos se desencadeiam? Como se estabilizam?*
6. *Afirmamos antes que os processos que possam ter êxito em Educação Permanente só podem ser gerados quando existe uma proposta de mudança institucional na qual a EPS possa se inserir como estratégia. É possível pensar que a EPS possa ser em si mesma uma política de mudança institucional ?*
7. *Temos proposto a necessidade de priorizar investigações, conteúdos e metodologias, em função de sua orientação para a reformulação do processo de trabalho tanto em nível de tecnologias centrais como de gestão (microadministração). Até que ponto se pode reorientar, neste sentido, as intervenções, quando, por exigência das instituições de cooperação técnica e/ou financeira, se inverte a lógica desses processos ? Ou seja, é o processo de trabalho que deve adaptar-se à capacitação promovida e financiada ?*
8. *Quais são os critérios usados para se estabelecer os cortes mais adequados que operarão como unidades de aplicação dos processos de Educação Permanente dentro das instituições ? Por serviço ? Por categoria profissional ? Por processo ou procedimento técnico ? Alguma combinação desses critérios ?*
9. *Como desenvolver atividades de natureza interdisciplinar, e mais ainda, como fazê-lo quando os participantes de um mesmo processo de trabalho são recrutados combinando profissionais, técnicos, auxiliares e pessoal empírico ? Até onde se pode e convém um processo conjunto ? Deveria combinar-se com atividades específicas por grupo profissional ?*
10. *Até onde se pode avançar nos serviços de saúde na geração..... (Atenção: texto ilegível !!!!!.....)*
11. *Até onde se pode avançar nas instituições de saúde em mecanismos de autogestão e co-gestão? Pode-se pensar em hospitais que se governam como Universidade com sistemas de co-gestão? Deveriam incluir os centros de saúde conectados?*
12. *Até aonde se pode avançar no controle social dos serviços de saúde? Quem poderá? Sob que formas organizacionais?*
13. *Pode-se pensar em incluir os usuários nos processos de Educação Permanente em Saúde?*

Educação Médica e Saúde, no último capítulo de seu volume 27, em 1933, foi incluído o relato de experiências de nove países que realizam, de diferentes maneiras, aproximações com estas e outras interrogações, gerando uma significativa acumulação de material com um claro desenvolvimento e um forte referencial empírico.

Para concluir, mencionemos a Studs Tefkel, citada por Paulo Mota (24), que começa sua obra dizendo: “Este livro, sendo sobre trabalho, por sua natureza fala sobre a violência, tanto contra espírito como contra o corpo. Fala tanto sobre úlcera como sobre acidentes,

sobre lutas ruidosas como silenciosas, fraturas de braço, sobre colapsos nervosos e pequenas reações nervosas. É sobretudo (ou abaixo de tudo) sobre as humilhações cotidianas".

Este breve e duro retrato que serve para olhar sem idealismo muitos dos referenciais da literatura no campo laboral não é, lamentavelmente, diferente das condições de trabalho de muitos serviços de saúde em nossa Região.

Mostra-nos que uma mudança organizacional é imprescindível e urgente, não só para melhorar a eficácia dos serviços como também, em conseqüência, melhorar a saúde da nossa população. Além disso, é necessário para melhorar "a saúde e também a valorização do pessoal de saúde". Objetivo congruente e consistente, que deve acompanhar todo projeto crível tendente a melhorar a saúde e a qualidade de vida.

A Educação permanente em Saúde, articulada em outras mudanças significativas da estrutura organizacional, pode dar conta disso.

Resumo

O presente capítulo explora a interação entre as dimensões políticas e dimensões técnicas da Educação Permanente. Revisa brevemente as características do pensamento administrativo e do pensamento gerado pelas ciências sociais aplicadas...(ilegível...) instituições, detectando que nem todos os enfoques são propícios para uma proposta educacional que tenda a tornar o trabalhador de saúde consciente e protagonista de seu processo de trabalho.

Conjectura-se que um enfoque estratégico poderá contribuir nos desenhos educacionais que maximizam os graus de liberdade que possam existir nas organizações de saúde, dentro dos determinantes fixados geralmente pelos estilos administrativos dominantes (regras do jogo), e identifique quando a intervenção não tem outra possibilidade de questionar essas mesmas regras do jogo.

Detectam-se também algumas estratégias que podem estabilizar uma mudança significativa nos processos de trabalho, tais como identificar os momentos pelos quais está atravessando a instituição ou seus grupos, a revisão dos convênios entre universidade e serviços de saúde para potencializar os processos educacionais, etc

Conclui-se abrindo algumas interrogações e linhas de investigação para aumentar a eficácia das intervenções.

Capítulo IV

PRÁTICAS LABORAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: AS CONDIÇÕES DE APRENDIZAGEM

Maria CristinaDavini
Docente da Faculdade de Filosofia e Letras,
Universidade de Buenos Aires,

"Nossas teorias determinam o que medimos"

A. Einstein

Introdução

Como foi já afirmado em capítulos anteriores desta obra, a década de 80 foi palco de um importante esforço pela inserção de processos de Educação Permanente nos serviços de saúde em distintos países da Região. Essas inserções têm contado com o apoio dado pela Organização Panamericana de Saúde, assim como o de uma significativa produção, por parte de grupos profissionais latino-americanos, de aportes conceituais e metodológicos destinados a aprofundar a análise e a apoiar tecnicamente as iniciativas. Entre os variados aportes cabe destacar o de um grupo de trabalhadores de saúde do Brasil, dirigido à análise do processo educativo, centrado na revisão do processo de trabalho em saúde e em propostas de desenvolvimento dos trabalhadores por uma educação comprometida com a transformação do serviço. (1)

Essas contribuições se desenvolveram paralelamente à produção de um importante movimento no pensamento da educação profissional e de processos de trabalho.Este movimento aponta para uma revalorização do processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagem.

O novo enfoque não é um exclusivo resultado de uma opção valorativa, mas, sim, produto da constatação de que é precisamente no âmbito do trabalho que se consolidam os comportamentos e formas de atuação laboral individuais e coletivas.

A concepção tradicional atribuía às organizações prestadoras de serviço o mero papel formal de campo de aplicação de conhecimento já adquiridos, e as Escolas e Universidades como espaço próprio da educação. As investigações realizadas têm mostrado que esta divisão de tarefas é abstrata e que o aprendizado não acontece “fora” do processo efetivo de trabalho, mas em seu próprio seio.

Trata-se neste Capítulo de aproximar alguns resultados de estudos e investigações sobre a relação entre aprendizado, socialização profissional, mudança organizacional e mudança subjetiva/cognitiva e sugerir algumas linhas de ação tendentes a expandir o potencial educativo da situação de trabalho. A intenção última é colaborar para o fortalecimento de quadros teóricos e metodológicos da Educação Permanente do pessoal de saúde, articulando a participação dos serviços, escolas e centros universitários.

Aprendizagem e socialização profissional: o potencial educativo da situação de trabalho

É fato sabido que pensar não é o mesmo que fazer. Mas não se pode afirmar que pensar e fazer não tenham nada a ver entre si. O problema aqui é a relação, problema, por exemplo, para a psicologia do conhecimento. Mas a relação é importante para a pedagogia, em vista da educação profissional: como introduzir processos de formação e aprendizagem com resultados efetivos ? E é importante, também, para as organizações laborais? Como consolidar processos de mudança ou conseguir alcançar os fins que se persegue?

O estudo desta relação é relevante, pois se assenta na observação da discrepância entre as necessidades de desenvolvimento dos serviços de saúde – em torno dos valores de qualidade e eqüidade – e as práticas de trabalho, entre o que as Escolas esperam formar e os resultados que realmente alcançam. Com freqüência, busca-se explicar este problema na chamada "resistência à mudança" dos sujeitos, sem se aprofundar no modo como se "modela" seu comportamento. Em outras palavras, trata-se de saber aqui o que é que efetivamente faz parte formação dos trabalhadores de saúde.

A bibliografia circulante sobre a formação em distintos campos profissionais – incluindo as profissões de saúde – contém muitas informações acerca do que deve formar e como há de formar-se, supondo que a palavra "formação" tem uma conotação necessariamente normativa, isto é, indicando que é o que deve formar aos profissionais.

Mas quando se inverte a leitura do problema, se se quiser responder à pergunta sobre o que sucede realmente na formação destes trabalhadores e quais efeitos tem efetivamente a educação de grau na prática laboral, será preciso recorrer a um "movimento empírico" para alcançar uma compreensão orgânica deste processo.

(ATENÇÃO: , nesta página do original (111) algumas palavras no canto direito da folha estão "cortadas", dificultando o entendimento. Para indicá-las haverá reticências.....)

Existe um importante número de investigações em distintas línguas.....referidos a distintas especialidades de formação, tanto de profissões "sociais" como as referentes à "produção", tanto em estudos de longa duração como em carreiras técnicas breves. Mas, apesar dos distintos sistemas de educação superior e de formação profissional e dos diversos

enfoques de investigação utilizados, os resultados mostram sempre uma tendência unitária: a preparação profissional formal é, antes de tudo, “uma empresa de baixo impacto”, de resultados geralmente débeis, seja quando alcança os objetivos da formação dos estudantes ou em seu impacto na formação e transformação das práticas laborais.(2) Como se pode entender estes resultados ?

Para isso é necessário partir do conceito de socialização profissional como processo de longo alcance, que implica na incorporação explícita e implícita de formas de pensamento, avaliação e atuação em distintos âmbitos sociais. Assim, a preparação formalmente institucionalizada das distintas profissões (sobretudo na etapa universitária) não é a fase decisiva, é somente a fase de iniciação dos aspirantes; uma entre outras.

As instâncias que completam o processo de socialização profissional se encontram na experiência direta nas instituições de desempenho ou empregadoras. As investigações na matéria confirmam, quase sem exceção, que o fenômeno conhecido de que a transição da primeira fase à segunda ou, de forma mais geral, o contato progressivo com a “prática”, leva a uma adaptação às suas estruturas. Os ideais, as nobres motivações e as práticas “depuradas e científicas” (que costumam apresentar-se como “teoria”) a que aderiu o estudante, aparentemente são esquecidas no serviço preparatório (práticas e residências, no caso da saúde) e, sobretudo, depois do último exame (“choque da prática”) Parece tratar-se de um fenômeno internacional, já que as bibliografias em língua inglesa, alemã e francesa coincidem neste ponto, ainda que se estendam a distintas profissões, mais.....(ilegível).....das características de uma única carreira.

No âmbito da bibliografia alemã este fenômeno alcançou alguma notoriedade com o nome de “banheira de Constanza”: um grupo de investigadores da Universidade de Constanza averiguou empiricamente que as atitudes profissionais “conservadoras” aparecem com clareza no começo da carreira, retrocedem durante o curso dela, cedendo.....posições mais “liberais”e científicas, e depois dos primeiros contatos com a prática se impõem de novo rapidamente.

Recordemos aqui: no período de práticas o graduado não se faz conservador, mas volta a ser conservador. Neste sentido, cabe incorporar a análise de fatores relativos à “biografia de carreira”, ou seja, aos pressupostos e atitudes prévias ao ingresso às Escolas profissionais, com patrões sociais incorporados (avaliações/valorizações, motivações, prejuízos, expectativas individuais,modelos de interação) e, por conseguinte, não trabalham

pedagogicamente sua transformação. Neste sentido, a fase universitária ou escolar da preparação dos níveis técnicos ou especialistas representa, em última análise, um episódio de débeis conseqüências dentro do processo global da socialização profissional.

Ante a insegurança da situação no contexto de trabalho e do contato com os colegas, com outros trabalhadores, superiores, supervisores, clientes, pacientes e população, o jovem graduado regressa a esse fundo de saber, regras de ação e atitudes que adquiriu em suas biografia de carreira e que ainda reforçou em contato com seus professores.

A efetiva socialização profissional, nos vários modos de pensar e atuar individuais e coletios de uma determinada categoria, se completa e se afirma no campo da prática laboral. Em recente trabalho, Brito e seus colaboradores (3) destacam que as instituições de saúde são também instituições culturais e educativas, sejam ou não sedes docentes, modelando as práticas profissionais e estratégias de inserção e competência laboral. A produção e reprodução do hábitus profissional se processa na instituição de desempenho laboral. Com isso, internalizam-se as formas de pensar, perceber e atuar (hábitus, Bourdieu, 1988), garantindo-se a regularidade das práticas e sua continuidade através do tempo.

Se considerarmos a vertente institucional, a sociologia da profissões (4) caracteriza o trabalho em saúde como uma modificação de pessoas e como uma decisão sobre elas; no idioma inglês as instituições correspondentes são chamadas de " people-processing-organizations", que pode-se traduzir como "instituições que processam e modificam as pessoas". Nesta categoria entram as escolas, os tribunais, os centros psiquiátricos, os hospitais e clínicas, a assistência social, os centros de assessoramento, entre outras. Suas notas características consistem em que cada vez ganham mais em importância quantitativa e qualitativa a relação entre o fracasso e o êxito, o que é difícil de medir em comparação com os centros de produção material; essas instituições impõem crescentes exigências de preparação científica para quem trabalha nelas, ao mesmo tempo em que seu êxito requer recursos emocionais e motivacionais. (?)

Também nelas se constata uma crescente dependência de regulações externas, prescrições e vias de comunicação padronizadas, com exigências igualmente elevadas no "fator pessoal".

Este estado pessoal, motivacional e emocional parece ser, claramente, o elemento decisivo para um trabalho profissional positivo.

Contrariamente ao que ocorre com o trabalho na produção material, o trabalho nas "people processing organizations" é, definitivamente, um trabalho relacional, em que as valorizações, percepções e padrões de interação incidem nas práticas técnicas.

Assim, o exercício das profissões de saúde representa um trabalho de relações orientado para um trabalho técnico preventivo/curativo, em processos complexos de equipes laborais e normativas institucionais, explícitas e implícitas (5), dirigidas a uma população heterogênea, tanto em idade e situação econômica como em condição social e cultural.

As formas de relação social (hegemonia, processo decisório, conflito, controle do saber) e as práticas técnicas (divisão de trabalho, circuitos operativos, saber fazer são produtos históricos e funcionam como matriz de aprendizagem nos postos de trabalho, mais do que qualquer coisa " aprendida" nas escolas formais. Talvez no desconhecimento destes processos e destes domínios educativos resida a causa do freqüente desencontro entre as escolas e os serviços de saúde. Esse desencontro se manifesta tanto na insatisfação das escolas pela pouca eficácia na transformação da prática nos serviços quanto na " distância" ou desvalorização dos aportes escolares que subjazem ao comportamento dos serviços.

Um estudo mais profundo e realista do problema possibilitaria compreender onde reside a aprendizagem e como promover projetos de ensino comprometidos com a transformação das práticas e dos serviços de saúde.

A intenção deste parágrafo não é afirmar que os esforços das Escolas sejam em sim mesmos inúteis ou de caráter periférico, nem de apresentar os serviços como âmbito da deformação dos graduados. Pelo contrário, pretende-se estimular não só investigações empíricas orgânicas – base indispensável para identificar os pontos de conflito – mas também projetos significativos de desenvolvimento de Educação Permanente em saúde, centrados no potencial educativo da situação de trabalho. Se as práticas laborais podem " impedir" as aprendizagens transformadoras, também pode " acelerá-las".

A sociologia das profissões pode descrever e interpretar as peculiaridades e condições de desenvolvimento que marcam estas práticas. A pedagogia, em transformação, tem que encontrar repostas para estas questões, que serão abordadas nos próximos pontos.

Aprendizagem significativa, problemas e problematização do processo de trabalho. As condições institucionais

A percepção do contexto de trabalho como contexto de aprendizagem tem conseqüências importantes na concepção de programas educativos na administração de instituições de saúde. Tradicionalmente o âmbito laboral tem sido concebido como um “peso negativo” tanto sobre as condições de realização da educação de pessoal como sobre seus efeitos (um chefe que não permite que os trabalhadores deixem momentaneamente seu posto de trabalho para participar de ações de formação; os conhecimentos adquiridos rapidamente e que se conservam como uma boa recordação, mas que nunca são aplicados, entre outros). Sem dúvida, a Educação Permanente ligada à revisão crítica e resolução dos problemas efetivos da prática laboral, e mesmo a reelaboração da “cultura” do trabalho têm representado uma mudança significativa na própria organização da instituição.

No administrativo, isto supõe passar da visão da organização como âmbito de reprodução de práticas, de controle, adestramento e mero acatamento à visão de organização lançada à construção do futuro.

Senge (6) indica que “ as organizações que cobrarão relevância no futuro serão as que descobrirem como aproveitar o entusiasmo e a capacidade de aprendizagem das pessoas em todos os níveis da organização”. As “organizações inteligentes” são aquelas nas quais as pessoas expandem suas aptidões para criar os resultados que desejam, aonde se cultivam novos e expansivos padrões de pensamento, aonde a aspiração coletiva encontra liberdade e as pessoas continuamente aprendem a aprender em conjunto “. No fundo, somos todos aprendizes, incluindo os docentes e supervisores”.

No educacional, esta mudança significa passar da pedagogia do reforço – na qual se abandona a planificação deliberada das mudanças diante do peso reprodutivo e espontâneo das práticas caducas – para avançar em direção a uma pedagogia de reconversão, centrada na estimulação do pensamento e na ação conjunta ao redor dos problemas de serviço.

Os problemas, ou “desordem”, perdem seu caráter catastrófico e adquirem o status de interlocutor permanente da ordem. A dialética é permanente, pois o processo não se cristaliza em uma síntese, mas compreende dois fins em constante confrontação: a organização deixa de ser um estado para converter-se em um processo (7).

A atitude defensiva ou que oculta os problemas tende ao congelamento da organização e leva a um bloqueio da potencialidade educativa. A utilização dos problemas na mudança, como fonte de interrogação e inovação, permite explorar ao máximo a prática cotidiana desde

uma ótica educativa. O processo de trabalho se converte assim em um instrumento de aperfeiçoamento, transformação e antecipação de novos problemas.

Considerados como emergentes e alavanca de mudança, os problemas podem ser utilizados de forma estratégica.

Mas, para avançar neste campo é importante deter-se na análise da noção de problema, pois a maneira de concebê-lo orienta modos deferentes de ação pedagógica.

Rovere define como "problema" a brecha entre uma realidade e um desejo acerca de como deveria ser essa realidade para um determinado observador. A partir desta perspectiva podemos afirmar que os problemas não existem independentemente dos sujeitos que o problematizam. Sobre este caráter centralmente subjetivo de conhecer, pensar e problematizar voltaremos a falar mais adiante.

Entretanto, pode-se encontrar problemas em zonas de relativa certeza, naquelas em que a ação se dirige a aplicar conhecimentos e técnicas resultantes do saber científico. É certo que os êxitos da ciência são sempre provisórios (um tipo de tratamento considerado o melhor durante longo tempo é depois abandonado por ineficácia ou pelos riscos). Também é certo que cada caso ou situação tem características particulares. Mas existe um alto grau de probabilidade de se obter resultados previsíveis caso seja aplicado um determinado comportamento técnico. A este tipo de problema correspondem os problemas semi-estruturados (8).

Esta maneira de identificar e resolver problemas se orienta pela racionalidade técnica que postula que os profissionais solucionam problemas de prática mediante meios técnicos idôneos derivados do conhecimento sistemático, mais rigoroso na medida em que é mais científico. Uma crítica a esta racionalidade pode ser encontrada nos trabalhos de Schön (9).

Mas há outra categoria de problemas colocados em zonas complexas e sem estruturas (8), cuja solução "não está nos livros" e que não respondem à racionalidade técnica. Muitos deles supõem conflitos de valores (por exemplo, entre tecnologia e eqüidade); outros derivam-se de características únicas do contexto ou situação (fatores culturais, tradições, compreensão situacional do paciente e família, condição sócioeconômica, grupos de poder, normas implícitas); outros surgem da organização do trabalho (conflito de funções e de linguagens, entraves interpessoais, competitividade, ausência de sentido de missão do serviço, predomínio de rotinas automáticas, insatisfação dos trabalhadores); outros que o sujeito não percebe porque ele mesmo contribuiu para criá-los.

Em sua maioria, os problemas que envolvem a prática estão além da racionalidade técnica, permanecendo imersos em complexas redes interpessoais e institucionais. Nelas, o sujeito se vê na necessidade de tomar decisões sem compreender todas as dimensões do caso nem seu próprio comportamento na situação. É sobre este tipo de problema que se concentra boa parte da atividade laboral dos indivíduos e grupos e a maior parte da vida da organização.

Mas, ainda nos casos dos problemas semi-estruturados, quando se aprofunda sua análise mais além da reposta técnica imediata eles se transformam em problemas não-estruturados:

- *uma menina que apresentou 17 quadros de diarréia no espaço de um ano e o serviço se restringe a proporcionar-lhe a reposição de líquidos;*
- *um paciente que ao longo dos anos se hospitaliza em dez oportunidades em diferentes salas com diferentes quadros patológicos. Somente depois de dois anos o pessoal da enfermaria toma conhecimento de que este paciente era, desde o começo, portador de AIDS;*
- *o registro de vacinações e, em geral, da administração de medicamentos não se realiza adequadamente e muitas vezes não é consultado no momento do atendimento;*
- *Na realidade, a ocorrência de problemas técnicos ou semi-estruturados é, com freqüência, só a "ponta do iceberg": eles expressam e remetem a condições latentes, modos de ver, pensar e atuar, conflitos e avaliações.*

Estas reflexões são relevantes, posto que a Educação Permanente em saúde, como estratégia de mudança individual e coletiva, deve operar sobre a complexidade dos comportamentos e suas múltiplas determinantes. Trata-se de pensar em processos e não só em momentos.

> *Assim mesmo, é importante fazer esta distinção, diante da evidente tendência de identificar a proposta pedagógica de "problematização" com a metodologia de "solução de problemas" (problem solving). A primeira aponta para a transformação de sistemas de comportamento da organização e dos grupos a partir da tomada de consciência por parte dos sujeitos, de suas múltiplas dimensões e de seu próprio papel no processo. A segunda, na mudança, opera sobre a análise de momentos caracterizados como problemas semi-estruturados, de solução probabilística e ajustados à racionalidade técnica.*

Se bem que a "solução de problemas" desafia o sujeito (que em geral é um sujeito individual) a tomar decisões sobre casos, estas decisões deverão estar fundamentadas na aplicação de conhecimentos técnicos em saúde, predominantemente biológicos.

Sem deixar de incorporar o aporte deste tipo de conhecimento, a pedagogia da problematização vai muito mais além, buscando uma reorientação dos padrões de pensamento, avaliação e ação coletivas. Nela:

- *predomina a categoria de conflito mais que a racionalidade técnica; integra-se a resolução técnica desde que esteja encaixada na análise do conflito;*
- *trabalha-se ao mesmo tempo com o manifesto e o latente, com o subjetivo e o objetivo;*
- *centra-se na equipe de saúde e na missão da organização, contextualizando a prática; não descarta o desenvolvimento individual, mas privilegia o avanço coletivo em função da organização.*
- *A perspectiva que considera a Educação Permanente em Saúde como busca de respostas a problemas emergentes da prática de trabalho levou a ampliar o campo de observações para incorporar os dados do ambiente sócio-organizacional , determinar o conteúdo da formação a partir dos problemas e selecionar a metodologia, estratégias e recursos mais adequados para os adultos em situação de trabalho.*
- *A análise dos dados do ambiente sócio-organizacional (condições institucionais) está dirigida a detectar as resistências, os obstáculos e os facilitadores, assim como a detectar os pontos de vista dos distintos atores.*

Este aprofundamento abarca diferentes níveis:

- *a análise operativa, destinada a compreender o processo de trabalho em conjunto, sua divisão técnica (saber fazer) de grupos e setores de trabalho e sua articulação (fluxo de trabalho, incluindo a forma com que os diferentes membros tendem a percebê-lo). O propósito último é verificar os problemas de capacidade técnica específica e os pontos conflitantes, vazios ou deficiências de conhecimento neste campo (interrupção da cadena de frío para conservar vacinas em diferentes momentos do fluxo de trabalho; descuido com a assepsia do ambiente de serviço; aplicação (prescrição ?) indiscriminada de antibióticos; ruptura na articulação com o laboratório e a lavanderia, entre outros);*
- *a análise operativa, destinada a compreender as condições expressas e latentes no processo de trabalho quanto ao controle de circulação do saber, ao controle de normas, da comunicação e da informação, ao controle, ao controle na creditação dos recursos. O propósito último é compreender os processos decisórios, as possibilidades de acordo, de negociação ou de conflito, e detectar eventuais bloqueios e facilitadores (pede-se administrar cursos para os trabalhadores quando na realidade o problema é a insatisfação do pessoal; rupturas na comunicação com os chefes; conflitos com os pacientes);*
- *a análise histórica, complementar das anteriores, persegue o propósito de compreender a história da instituição, os costumes, os valores, os mitos e os ritos. O propósito é compreender o passado para interpretar o presente e formular estratégias de intervenção educativas oportunas (dificuldade*

em desenvolver inovações em razão do "peso" do pessoal antigo e falta e motivação do pessoal mais jovem; peso dos costumes e ritos em uma instituição fechada à mudança).

A transformação do comportamento (aprendizagem) não pode ser alcançada se os próprios atores (membros da equipe, desde auxiliares a chefes) não tomam consciência do problema e de como sua forma de pensar e atuar colabora com a manutenção desse problema. Se houver vontade de se chegar a uma nova resposta que atenda ao caso e se encaixe nas teorias e explicações do sujeito, esse mesmo sujeito deve "construir" o problema, isto é, os problemas não existem se os sujeitos não o percebem como tais e para isto devem construí-los a partir da própria situação.

Mediante ações complementares e graduais de identificação, de estabelecimento de relações e reestruturação do seu pensamento, os sujeitos selecionam seus pontos de observação e atenção, buscam coerência e marcam uma nova direção para sua ação.

Esta reflexão deve envolver e comprometer os grupos de trabalhadores na análise de sua prática e na identificação dos problemas, assim como na busca de estratégias de solução. A maioria das pessoas tem condições de participar ativamente, deseja avançar em seus conhecimentos e perseguir ideais importantes. Esta é a melhor alavanca parta a mudança institucional e representa já o começo de um processo educativo permanente.

Apostar nas pessoas é também apostar na organização. Se as pessoas não aprendem, a organização tampouco poderá aprender. A história nos tem levado muitas vezes a pensar que "as pessoas" e a "organização" são coisas antagônicas. O problema desta relação está mal colocado em termos de alternativa e não de conjunção.

A hipótese central deste processo reside em incrementar a situação de trabalho como campo de análise e solução de problemas, vinculando a educação à vida cotidiana dos serviços como uma ferramenta a mais (e não por isso menos importante) para o desenvolvimento da organização.

A aprendizagem problematizadora como instrumento (tanto na formação de grau como no exercício laboral) permite fortalecer nos sujeitos seu juízo sobre a situação na qual se encontram de uma ou de outra forma envolvidos, sobre o desenvolvimento de sua atividade, uma vez que exercita o trato com o saber (entendendo o saber no sentido amplo, tanto o saber científico como o da experiência pessoal, e entendendo por trato não só a introdução nas

esferas da ciência, mas também as mais diversas formas do saber com vistas ao caso concreto).

Isto não deve ser considerado simplesmente como um fator de motivação, mas, sim como uma aprendizagem significativa (10) que estabelece conexões entre a teoria e a prática, entre o saber e sua finalidade social e institucional. Trata-se de uma química simples (11) que articula três finalidades substantivas:

- *os critérios de mudança, que oferecem a direção das transformações (valor das utopias e os fins elevados) e a definição de prioridades;*
- *a análise dos problemas da prática, que determinam o conteúdo do processo educativo; isto supõe o estudo de demandas e necessidades a partir da visão e participação dos atores da prática e das características institucionais específicas;*
- *as propostas de ação, expressas em uma gama de ações de educação viáveis e apropriadas, aproveitando as múltiplas situações de trabalho com potencial educativo que, em geral, não são percebidas como tal.*

Aprendizagem e trabalho: a questão da mudança subjetiva

Se o pensamento e a ação estão acordes, se é necessário produzir mudanças no modo de pensar e perceber, mudanças que reorientem as práticas, a questão da mudança subjetiva não é uma questão aleatória. Muito mais se se quiser trabalhar sobre as causas subjacentes (e não meramente sobre os sintomas) para se produzir efeitos consistentes e de longo prazo.

Recuperando nossa frase inicial, são nossas teorias (como teorias interiorizadas) que determinam aquilo que enxergamos, e são nossos modelos mentais (12) que muitas vezes representam as barreiras à aprendizagem. Não se trata de ignorar a presença da "realidade objetiva", mas de reconhecer a primazia do sujeito na produção do sentido 'da experiência (13).

Para compreender e orientar processos de mudança subjetiva. Podemos contar com os aportes da psicosociologia de grupos e instituições e da psicologia do conhecimento, em especial em sua vertente da reestruturação cognitiva. Enquanto esta última tem produzido importantes investigações sobre os processos de pensamento, a primeira mostra que o sujeito não pensa só, posto que está imerso em condições sócio-institucionais e em confronto com o pensamento dos "outros".

A chamada revolução cognitiva tem proporcionado mudanças qualitativas na maneira de abordar o estudo da aprendizagem. Já no ano de 1945 Wertheimer distinguia o pensamento reprodutivo do pensamento produtivo. O primeiro é aquele que consiste simplesmente em

aplicar destreza ou conhecimentos adquiridos anteriormente em situações homogêneas ou semelhantes. Na mudança, o pensamento produtivo é o que conduz a uma nova organização perceptiva ou conceitual com respeito a um problema ou situação. Enquanto que o pensamento reprodutivo se apoia na reiteração de seqüências e na associação de seus elementos semelhantes (também chamado pensamento associativo), o pensamento produtivo recorre à compreensão dos traços estruturais da situação mais além de seus componentes visíveis.

A superação de problemas complexos não se obteria, então, , por associação mais ou menos mecânica de elementos próximos, mas por compreensão da estrutura global das situações. A partir daí instaurou-se uma polêmica revisão crítica sobre as formas de ensinar, em detrimento da aprendizagem memorizada de dados, informações e teorias em âmbitos escolares ou da tendência "difusionista" da educação dos graduados através de cursos esporádicos com total desvinculação da análise de problemas. Hoje ninguém duvida da importância da difusão e da informação (conhecimento sistemático), desde que estejam integradas à compreensão de problemas concretos.

Desde então, as investigações em psicologia cognitiva desenvolvidas por Piaget têm fortalecido a noção de pensamento como processo de restruturação. A reestruturação é o processo pelo qual o sujeito reorienta e reorganiza seu pensamento ao redor dos problemas propostos pelo "mundo externo". O mencionado educador propõe que, para guiar e/ou facilitar a aprendizagem efetiva há que, em primeiro lugar, explicar como procede o sujeito para construir ou inventar, e não somente como repete e copia (4). Para isto, é sempre necessário partir de um conflito cognitivo, seja entre os esquemas mentais do sujeito e o comportamento da realidade objetiva, seja entre esquemas mentais diversos e opostos.

Novas derivações têm estendido esta linha de pensamento (15), mas todas elas coincidem em três pontos fundamentais:

- *que o aprendizado é oproduto da interação entre dois sistemas, cada um deles dotado de sua própria forma de organização: o sujeito e o objeto de conhecimento.*
- *que o objeto, situação ou assunto devem constituir-se em problema, produzindo um desajuste emergente de erro ou de desequilíbrio entre o comportamento e as expectativas do sujeito (o que indica que o erro pode ser fonte de conhecimento).*
- *Que o sujeito deve tomar consciência da inadequação de suas próprias formas de perceber e pensar.*

Claxton (16) ilustra esta interação tomando como exemplo a relação entre “mapas” e “territórios”. Segundo esse autor, para nos movermos em uma determinada situação – o território – necessitamos dispor de modelos ou teorias pessoais que dêem significado a esta situação – os mapas - Para que mudemos o mapa (reestruturemo-lo) não basta que este não se corresponda com o território, já que por definição os mapas diferem dos territórios que representam. É necessário, ademais, que nos percamos no território e que revisemos criticamente nosso mapa, nosso “modelo mental”.

Definitivamente, como assinala outro autor (17), não são nunca os dados os que refutam as teorias, mas, é o aparecimento de uma teoria melhor.

Assim, a educação eficaz que aponta para a mudança subjetiva poderia ser definida como um processo sistemático, gradual e intencional de ampliação da consciência, de revisão permanente dos nossos modos de pensar, perceber e atuar, de pôr à prova nossos conhecimentos e nossas experiências e o contraste de pontos de vista. Para isto, a ferramenta básica é a linguagem (logos: palavra) como veículo de significados e o contexto é o grupo (diálogos: através da palavra).

O diálogo em grupo permite começar a reconhecer os padrões de interação pessoais e institucionais, perceber o pensamento do “outro” e avançar na consolidação do grupo, e do grupo à equipe de trabalho, identificados através da tarefa em comum (Daban, 1989). A equipe, dentro do contexto cotidiano de trabalho, tem uma experiência que transcende aos indivíduos, tem metas comuns mais além das metas individuais. É importante que os indivíduos avancem em seus próprios conhecimentos e objetivos. Sem dúvida, “a aprendizagem individual, em certo nível, é irrelevante para a aprendizagem organizacional. Mas, se as equipes aprendem, transformam-se em um microcosmo para aprender através da organização. Os novos conceitos levam à prática. As novas atitudes podem ser comunicadas a outras equipes (18).

(*)(Atenção: nas cinco últimas linhas do parágrafo acima (no original) o autor abriu aspas e não as fechou !)

Sem dúvida, na comunicação afloram resistências, obstáculos e condutas defensivas (deslocamento de carga ou da culpa). Mas um coordenador/facilitador inteligente, atento aos sinais do grupo e da dinâmica própria do diálogo tenderá a superá-los na medida em que se instaure um clima de confiança, abertura e aprendizagem (19). Existem suficientes evidências

acerca do aumento de satisfação do trabalhador quando atua em instituições abertas à comunicação e ao crescimento.

Para isto, é importante considerar e graduar, ao longo das reuniões e da análise dos problemas, alguns aspectos para facilitar a mudança subjetiva. Entre eles:

- *o custo psicológico ou esforço a ser feito pelos sujeitos da comunicação em relação aos seus valores, e as barreiras de ordem psicológica diante de uma proposta de reflexão e mudança (dificuldade para que os trabalhadores expressem seus pensamentos em ambientes em que historicamente têm estado confinados e reproduzindo ordens da autoridade; dificuldade para assumir os próprios erros em contextos nos quais predomina o "depósito da culpa" ?em outros? por exemplo);*
- *a carga mental ou esforço intelectual demandado pela situação (dificuldade para manejar ou interpretar informações por falta de quadros explicativos prévios; dificuldade de compreender textos e mensagens em linguagem científica, que inibe o pensamento próprio por estar muito distanciada das possibilidades de comunicação do grupo);*
- *As motivações individuais e coletivas (conflito entre a expectativa individual e a de grupo; conflito entre interesses do grupo e necessidades do serviço e da população);*
- *A interferência do conhecimento vulgar e os costumes dentro do processo de trabalho e na situação considerada (hábitos de trabalho rotineiros, nocivos, de risco, difíceis de remover; concepções socialmente compartidas, prejuízos, tradições) que dificultam um pensamento mais "racional";*
- *O nível de competência ou capacidade dos participantes, levando em conta seus conhecimentos em relação ao assunto em questão (dificuldade para compreender um conceito, o que leva à necessidade de avançar gradualmente para a construção de conhecimentos prévios);*
- *Os propósitos explícita ou implicitamente perseguidos (distância entre o que "dizem" que desejam e o que perseguem realmente; conflitos de interesse entre grupos);*
- *As estratégias de comunicação grupal (mensagens latentes*
- *na comunicação verbal ; confiança em um único líder; comunicações indiretas);*

A análise destes fatores poderá indicar critérios de ação educativa apropriados para cada caso e situação. O ponto de partida é reconhecer que estes fatores existem e devem ser analisado na escolha de alternativas e atividades de Educação em serviço.

Educação Permanente: além da fragmentação

A experiência indica que quando a gente é cética a respeito das contribuições da Educação Permanente em Saúde, na realidade é cética a respeito do tipo de educação que vem se desenvolvendo, como ações esporádicas, fragmentadas, unidimensionais e desvinculadas da análise e transformação dos problemas da prática de trabalho nos serviços. Necessita-se, na mudança, avançar até a um programa educativo integral que contemple:

- *revisão crítica da cultura institucional, dos modos de pensar, perceber e atuar que servem de suporte aos processos de trabalho, processos de interação e comunicação;*
- *a apropriação ativa do saber científico , entregue ao saber da experiência, ao redor da análise do processo de trabalho e dos problemas da prática;*
- *o fortalecimento dos objetivos de equipe, em função de valores compartidos.*

As respostas a estas necessidades podem ser encontradas se a Educação Permanente em Saúde for situada como uma função integrante e reconhecida dentro das organizações prestadoras de serviços de saúde. .....

.....Atenção: a partir daqui até a próxima página o final das palavras está “cortado” na margem direita (no original).....

Considera.... a formação como envolvida na vida cotidiana da instituição é uma hipótese rica em possibilidades, tanto para os trabalhadores quanto para as organizações. O contínuo significado deste processo poderá ser o caminho para a dinamização dos serviços ao redor de fatores de eficiência, eficácia e qualidade, para a valorização dos trabalhadores de todos os níveis de formação e para a superação dos problemas da prática (20).

A inserção da Educação Permanente em Saúde na vida cotidiana dos serviços permite reconhecer diversos meios de formação que não são suficientemente aproveitados: os dados do serviço, as reuniões formais e informais, o contato com os superiores, a participação e intercâmbio entre diferentes equipes e/ou especialistas presentes na instituição, o estudo de casos prototípicos ou especiais, a observação no terreno, a circulação em diferentes salas ou setores de serviço em intervalos regulares, as tutorias ou estudos especializados aproveitando os recursos da organização, a aprendizagem sobre a tarefa, as sessões de estudo e/ou debate, painéis e seminários, a observação da comunidade, as entrevistas com pacientes, as estatísticas, as sessões de leitura, etc., são todos meios e recursos presentes no serviço que só precisam ser utilizados com intenção de educação e desenvolvimento.

Isto não impede, também, a realização de cursos formais externos à organização. O importante é estabelecer um desenho ou programa de ações com a participação ativa dos

atores da prática e a partir da identificação dos problemas do serviço. Em matéria de educação, diferente do que sucede na multiplicação, a ordem dos fatores altera o produto: as diversas iniciativas requerem de um seqüência, cujo ponto de partida é a revisão crítica da prática, a identificação do conteúdo que atenderá o programa, o reconhecimento dos recursos imediatos do serviço, o desenvolvimento gradual de atividades e a permanente reunião de diálogo e análise dos casos.

Se bem que as considerações realizadas neste trabalho apontam para o desenvolvimento de programas de educação em serviço, muitas das afirmações são válidas para o ensino em centros universitários e escolas. Enquanto "organizações inteligentes" e abertas à mudança, as instituições de educação formal ou de grau poderiam reconsiderar seus planos educativos ao redor deste eixos. Assim mesmo, poderiam impulsionar ações conjuntas de Universidade e Serviços que enriqueçam o trabalho de ambos e se transformem no progresso da Educação Permanente de Saúde.