

## O CENÁRIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE PÚBLICA

Borges, J. L. J. – UFS –  
<sup>1</sup>lusitaniaborges@hotmail.com  
Cruz, M. H. S. – UFS –  
<sup>2</sup>helenacruz@uol.com.br

### RESUMO

Este artigo é parte de uma pesquisa e propõe um debate da relação entre educação, trabalho e saúde. O objeto de estudo integra as experiências dos enfermeiros participantes do processo de formação, desenvolvido com base na reestruturação organizacional do modelo de saúde e da política de qualificação empreendida no período de 2002 a 2006 pelo Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) – Aracaju. A abordagem qualitativa por meio estudo de caso possibilitou a consulta de diferentes fontes como bibliografia, projeto político pedagógico e dezessete entrevistas semi-estruturadas com educandos/enfermeiros. O processo educativo desenvolvido pelo centro tem como pressuposto a aquisição de novas competências capaz de contemplar não apenas os avanços da tecnologia dura, mas a relação entre o cuidador e o usuário.

**Palavras-chave:** trabalho; educação; saúde

### RESUMEN

Este artículo es parte de una investigación y propone una discusión sobre la relación entre educación, trabajo y salud. El objeto de estudio integra las experiencias de las enfermeras en el proceso de capacitación, desarrollado en base a la reestructuración organizativa del modelo de política de salud y capacitación emprendidas durante el período 2002 a 2006 por el Centro de Educación Permanente en Salud (CEPS) - Aracaju. El enfoque cualitativo a través de estudio de caso permitió la consulta de diferentes fuentes, como la literatura, la política y proyecto pedagógico, diecisiete entrevistas semi-estructuradas con los estudiantes/ enfermeras. El proceso educativo elaborado por el centro se supone que adquirir nuevas habilidades puede contemplar no sólo los avances de la tecnología dura, pero la relación entre el cuidador y el usuario.

**Palavras claves:** trabajo; educación; salud

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Educação, [lusitaniaborges@hotmail.com](mailto:lusitaniaborges@hotmail.com), Universidade Federal de Sergipe/Núcleo de Pós-graduação em Educação, Brasil

<sup>2</sup> Professora do Doutorado em Educação, professora da Faculdade de Serviço Social, [helenacruz@uol.com.br](mailto:helenacruz@uol.com.br), Universidade Federal de Sergipe/Núcleo de Pós-graduação em Educação/DSS, Brasil

## INTRODUÇÃO

A relação entre educação, trabalho e saúde é discutida neste artigo tendo por base o contexto da política de educação desenvolvida pelo Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) no município de Aracaju. O debate nesse campo tem se intensificado dado o caráter multidisciplinar dos fenômenos educacionais portanto, entende-se que uma reflexão a cerca dos condicionantes sócio-históricos, associado às mudanças de paradigma na saúde, no trabalho e na educação constitui-se fundamental. Uma vez, que o trabalho e a educação em saúde fundamentam-se no paradigma newtoniano/cartesiano resultando no modelo biomédico o qual de acordo com Capra reportando-se a George Engel, “a medicina ainda se baseia nas noções de corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina” (Capra 2006, p. 116)

Diante de tais considerações acrescenta-se também que este modelo é o fundamento epistemológico da saúde e do modelo educacional em todas as outras profissões de saúde tais como enfermagem, odontologia, biomedicina entre tantas outras.

Portanto, a relevância da discussão sobre recursos humanos na área, do mundo do trabalho em saúde e da educação nesse âmbito, é vista como propulsora e capaz de contribuir para operacionalizar as transformações em curso no sentido de construir de fato o novo paradigma capaz de tratar a saúde como qualidade de vida. Nesses moldes urge a modificação da política educacional e do trabalho em saúde, dos currículos, do modelo de aprendizagem, a fim de que estes possam romper com a fragmentação já que o homem é um ser bio-psicossocial o que requer, portanto, uma intervenção capaz de reconhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença.

O modelo o qual tem predominado no ensino e na prática dos profissionais de saúde é resultante da evolução da biologia e, gerou a base para o modelo de saúde baseado na especialização. De acordo com Capra (2006):

Os progressos em biologia durante o século XIX foram acompanhados pelo avanço da tecnologia médica. Foram inventados novos instrumentos de diagnóstico, como estetoscópio e aparelhos para a tomada de pressão sanguínea; e a tecnologia cirúrgica tornou-se a mais sofisticada. Ao mesmo tempo, a atenção dos médicos transferiu-se gradualmente do paciente para a doença. Patologias foram localizadas, diagnosticadas e rotuladas de acordo com um sistema definido de classificação, estudada em hospitais

transformados, das medievais casas de 'misericórdia', em centros de diagnóstico, terapia e ensino. Assim começou a tendência para a especialização, que iria atingir seu auge no século XX (CAPRA, 2006, p.123).

Dada as colocações acima, fica visível a introdução da tecnologia, da especialização e a centralidade da doença na relação médico-paciente. Ou seja, nesse período começou-se a delinear uma concepção de trabalho baseada na fragmentação do paciente, no estudo e intervenção na partes, desconsiderando o todo. Para Capra “a biologia como forma de pensamento impôs-se as ciências humanas e, por conseguinte, passou a ser a base científica da medicina [...]” (CAPRA, 2006, p. 123-124).

Essa visão biologista provocou o distanciamento dos profissionais desse campo do conceito de saúde e foi reforçado, por um modelo de educação baseada na transmissão, fragmentação do saber o que, implica em grandes dificuldades e não corresponde a necessidade da realidade do século XXI, uma vez que o conceito de saúde foi ampliado. A Organização Mundial de Saúde a define de acordo com seu estatuto assim: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças e suas enfermidades” (CAPRA, 2006, p. 117).

Dada a visão acima se percebe categoricamente a mudança do conceito, da noção de saúde não restringindo a mesma, a concepção biologista. Capra (2006) mesmo considerando a definição da Organização Mundial de Saúde algo irrealista por descrevê-la como um estado estático de bem-estar e não com um processo constante de evolução considera que a mesma revela a natureza holística da saúde.

Minayo ao pensar o conceito sociológico de saúde expressa que:

[...] retém ao mesmo tempo suas dimensões biológicas, estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais e simbólicos da sua realização. Em primeiro lugar, com questão humana e existencial, saúde é um bem complexo, compartilhado indistintamente por todos os segmentos e diversidades sociais. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, saúde e doença expressa, agora e sempre, no corpo ou na mente, particularidade biológicas, sociais e ambientais vividas e subjetivamente, na peculiar totalidade existencial do indivíduo ou dos grupos. As formas como cada pessoa e a sociedade onde ela se insere experimentam esses fenômenos cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais lidam com seu medo da morte e exorciza seus fantasmas (MINAYO, 2006, p. 30-31).

A transição a qual se vivencia pode estar anunciando um novo paradigma haja vista que todo progresso biológico não diminui as sociopatias, psicopatias, o problema da assistência à saúde, entre tantos outros. Todavia, a luz dessas mudanças o debate

sobre a questão do trabalho se torna necessário uma vez que o trabalho, assim como a educação sofre influências do paradigma tecnicista e configura-se como uma categoria chave para a compreensão das mudanças na sociedade contemporânea.

## **O TRABALHO EM SAÚDE E A RELAÇÃO COM A EDUCAÇÃO**

A relação entre trabalho e educação cada vez torna-se mais estreita. Acende a medida que o desenvolvimento, crescimento econômico das sociedades capitalistas impera a partir de um modelo que traz em seu bojo a necessidade de conhecimentos capazes de operar as mudanças e reconceituar antigos postulados face às alterações e tendências ocorridas na forma de produção e organização do trabalho.

Os diversos estágios de desenvolvimento do capitalismo apontam características que traz intrínseco a relação entre capital e trabalho. E isso conseqüentemente repercute e produz uma visão de saúde individual dificultando assim, a implementação de um conceito de saúde pública, coletiva.

Neste artigo, o processo de trabalho é entendido como uma atividade para satisfazer as necessidades humanas independente da forma.

É uma atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna e da vida humana, e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes, igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1985, p.153).

Já Offe (1989) limita-se a entender o trabalho como aquele baseado na racionalidade “formal” de produtividade técnica organizacional e de lucratividade econômica. Entre os argumentos, o autor aponta para o intenso crescimento do setor terciário da economia e a impossibilidade da transposição da racionalidade formal do trabalho industrial (taylorizado) para serviços, em função de suas especificidades.

De acordo com Organista (2007) Offe aponta que,

o trabalho como integração social, ou seja como um dever perdeu seu poder persuasivo, haja vista a crescente fragmentação, precarização e a diminuição do tempo dedicado ao trabalho, fruto da crescente e constante inovação tecnológica. O autor, aponta ainda, que a chance de um exercício profissional contínuo acarretado pela desocupação e pela ruptura entre formação e exercício profissional faz com que o trabalho perca sua dimensão de dever e integração social. Quanto à integração sistêmica, entendida como reino da necessidade, em linguagem gorziana da esfera da racionalidade

econômica, o trabalho continua central para sobrevivência física [...]. (OFFE, 1989 apud ORAGANISTA, 2007, p. 71).

Sob a ótica de Hirata (1994) sua visão é extremamente restritiva e exclui desde o trabalho no setor de serviço, como já foi salientado, até o trabalho doméstico. Dentro dessa linha Organista (2007) acrescenta ainda que,

o aumento do número de pessoas diretamente vinculado ao setor de serviços não extingue a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo, da mesma maneira que a forma historicamente datada do trabalho abstrato não significa a inexistência do trabalho concreto (ORGANISTA, 2007, p. 72).

Ampliando a discussão, pode-se dizer que essa revolução no mundo do trabalho no qual se modifica a sua base organizacional se apóia em um modelo que implica altas taxas de desemprego estrutural, expansão da terceirização, flexibilização da produção, exigência de novas qualificações e competência articuladas a um crescente desenvolvimento tecnológico que determina novas formas de relações de trabalho com reflexos sobre o emprego e a identidade do trabalhador.

Para Antunes,

as transformações em curso no mundo do trabalho repercutem nos mais variados contextos e esferas e se colocam como estratégias para enfrentamento da crise do capital, atingindo substancialmente [...] a materialidade, a objetividade da classe trabalhadora, acarretando metamorfose aguda no processo de trabalho, ao processo de produção do capital como também uma outra crise no plano da subjetividade do trabalho, que não se desvincula da primeira, mas que tem características particulares (ANTUNES, 1996, p. 37).

Em síntese, cabe inferir que estas transformações também recaem sobre o trabalho em saúde que nos últimos séculos foi se constituindo enquanto um campo de prática e técnicas, socialmente aceitas. Nesse sentido, é factual que esses novos modelos produtivos apontam para um novo perfil de qualificação dos trabalhadores que exigem deles um conjunto de habilidades, competência capaz de imprimem um novo tipo de saber.

Todavia, há que se considerar que:

[...] o uso de tecnologias no setor saúde, não resultou em aumento de desemprego, não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica e tratamento em geral. No entanto, o uso da tecnologia de ponta exige uma melhor qualificação dos trabalhadores para o manuseio dos equipamentos, ao mesmo tempo em que aprofunda a divisão entre trabalho intelectual e manual [...]. (PIRES apud MARHY, 2007, p.26).

Assim, adentrando nessa linha de reflexão cabe ressaltar que a reestruturação produtiva tão presente no final do século XX e início do século XXI em outros setores não se aplica ao setor saúde no Brasil uma vez que a inserção de “equipamentos produtivos em saúde sob a modelagem de gestão médico hegemônica que sob a forma de medicina tecnológica já havia delimitado uma transição significativa na organização do trabalho em saúde e do médico em particular” (MARHY, 2007, p. 28).

Ainda segundo Marhy, a reestruturação produtiva é marcada pela introdução de tecnologias novas ou reconfiguradas que modificam o modo de produção. Sendo assim, não se pode considerar que ocorreu um impacto reestruturante no setor saúde, mas sim, “a continuidade de um modelo hegemônico com alterações que não compõe uma transição” (MARHY, 2007, p. 28).

Ademais, a saúde configura-se como um trabalho de serviços no qual existe uma relação em ato, ressaltam alguns teóricos, no seu processo de trabalho bem como é caracterizada como uma necessidade social da qual depende de intervenção pública. Dentro dessa perspectiva Enguita (1989) expressa que,

os chamadas profissões liberais tem de fato um certo grau de controle sobre o produto de seu trabalho [...] e, conservam, sobretudo, um grau substancial de controle sobre seu processo de trabalho, tanto qualitativa – os procedimentos – quanto quantitativamente – o emprego do tempo [...]. As chamadas semiprofissões representam o estágio primeiro da subordinação do trabalho ao capital. [...] Seu lugar natural parece ser os serviços ao público que exigem um alto grau de qualificação, uma titulação e um ethos similares as profissões liberais, e geralmente também organizações profissionais próprias [...]. Exemplos desses grupos são os professores, os médicos assalariados da saúde pública ou de hospitais privados [...]. O produto do seu trabalho não lhes pertence e escapou do seu controle, mas mantém um elevado grau de autonomia em tudo o que concerne a seu processo de trabalho (ENGUITA, 1989, p. 18).

Tais especificidades apontam para um desdobramento tanto no âmbito do trabalho em si como para a educação frente à emergência dos novos paradigmas que levaram ao fim o modelo médico-assistencial privatista e à instituição, pela Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde como espaço público (CF, Art. 198).

O que exige necessariamente, uma mudança de modelo na formação do trabalhador em saúde<sup>3</sup>, que contemple a doutrina da Reforma Sanitária e os princípios

---

<sup>3</sup> Trabalhadores aqui entendidos em sentido amplos, englobando as diversas profissões em Saúde e o nível técnico.

normativos e organizativos do Sistema Único de Saúde brasileiro. Bem como, a visão de competência humana tendo em vista que esta considera não apenas os aspectos técnicos instrumentais envolvidos na prática profissional, mais incluem a humanização do cuidado (BRASIL/MEC/MS, 1999).

Olhando nessa direção, cabe sinalizar que as mudanças do setor saúde trazem exigências claras no que tange a formação de recursos humanos haja vista a falta de profissionais qualificados, por exemplo, e diante da necessidade de uma formação voltada para uma visão integral dos problemas de saúde da população. A dificuldade para implementação desse modelo se deve em parte a uma formação especializada, hospitalocêntrica, medicamentosa e com grande inserção tecnológica como já apontada neste trabalho.

Pois, compreende-se que,

a educação, quando apreendida no plano das determinações sociais e, portanto, ela mesma constituída e constituinte destas relações, apresenta-se historicamente como um campo de disputa hegemônica. Esta disputa dá-se na perspectiva de articular as concepções, a organização dos processos e dos conteúdos educativos na escola e, mais amplamente nas diferentes esferas da vida social, aos interesses de classe (FRIGOTTO, 1995, p. 25).

O que leva a crer que esse cenário tem provocado o distanciamento entre serviço-ensino e comunidade e interfere diretamente na capacidade de resolutividade nas ações de serviço de saúde. E esse distanciamento parecer ser um aspecto importante quando se considera a política de saúde do município de Aracaju. Em primeiro lugar, porque o projeto saúde desenvolvido no âmbito municipal assenta-se nos princípios constitucionais e tem como objeto a necessidade de saúde dos indivíduos e dos coletivos. Ou seja, reconhece-se a importância de acolher e significar no sentido de produzir vínculos e co-responsabilização. Em segundo lugar, porque propõe uma intervenção que tem como eixo a integralidade do cuidado e a equidade.

Nessa perspectiva, compreende-se a importância da educação tendo em vista a consolidação do novo paradigma. Já que, corroborando com Marhy, independente de qualquer recorte profissional, “a finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos de expressão material e não material [...]”. (MARHY, 2006, p. 23).

Ou seja, é mister uma concepção de ensino, educação que contemple as necessidades advindas da realidade e o qual proporcione ao educando condições de

aprender a aprender, estimule-o a buscar o conhecimento possibilitando que este permita relacionar o local e o global de modo significativo e capaz de transformar sua prática.

Nessa direção ao pensar esse processo no âmbito da saúde sabe-se que o desafio está em utilizar um caminho metodológico capaz de propiciar uma aprendizagem crítica reflexiva capaz de proporcionar mudanças na prática profissional, criar novas competências, pois considera-se que está aprendizagem só se efetiva de fato quando possibilita um saber necessário.

Diante disso, fica evidente também que é essencial à integração ensino-serviço de forma que possibilite os diversos atores, comunidade e usuários a participarem como sujeitos no processo de construção da saúde.

Para Pereira,

a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender (PEREIRA, 2003, p. 1527).

Mediante essa propositura, entende-se que a educação assume um papel importante e se constituem em uma estratégia bem definida com o propósito de articular os gestores, comunidade e trabalhadores para uma nova prática. Pois, concorda-se com Kuenzer quando ao se reportar a Arroyo esclarece que o pensamento defendido por esse autor é de que “a educação do trabalhador se faz através das relações de produção – para resgatar a idéia de que a escola é uma instância, e não necessariamente a mais importante, de educação do trabalhador” (KUENZER, 1992, p. 92).

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE: uma estratégia do sistema único de saúde local**

De acordo com Ceccim (2005), para muitos educadores a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeadas por Paulo Freire [...]. Para outros autores, a Educação Permanente configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, caracterizada fundamentalmente, segundo



Ceccim, pela produção de René Lourau e George Lapassade, que propuseram alterar a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar. Ainda segundo o autor, para outros educadores a Educação Permanente em Saúde configura-se como o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando na análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde.

No caso brasileiro, de acordo com Ceccim (2005), pode-se citar nos movimentos de mudança na atenção à saúde, a mais ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire<sup>4</sup>; nos movimentos de mudança na gestão setorial, uma forte ligação com o movimento institucionalista<sup>5</sup> e nos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde um intenso engajamento<sup>6</sup>, também com uma intensa produção original<sup>7</sup>. Produção original essa, que em Aracaju destacamos, tem resultado na adoção de uma abordagem pedagógica denominada Pedagogia do Fator de Exposição<sup>8</sup>.

De acordo com Carvalho Santos (2006) os fatores de exposição são objetos, recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir. Para ele a aposta que se fez foi a de tomar o processo de implementação do SUS em Aracaju como espaço de produção social de fatores de exposição. O autor remete a compreensão de que as necessidades de saúde como objeto de práticas profissionais, dos serviços e dos sistemas de saúde é, na pedagogia do fator de exposição, um objeto, um dos vários fatores de exposição, o que não reduz a sua importância.

Além disso, cabe frisar segundo Carvalho Santos (2006) que colocando os trabalhadores e gestores diante de objetos que devem ser compreendidos, significados e

---

<sup>4</sup> A obra de Paulo Freire em Educação se estende de 1959 a 2000 (Ceccim, 2005)

<sup>5</sup> Institucionalista pode citar Gastão Campos, Emerson Merhy e Luis Cecílio, entre outros (Ceccim, 2005)

<sup>6</sup> Engajamento pode se referir à rede de integração docente-assistencial, os projetos UNI e Rede Unidas (Ceccim, 2005)

<sup>7</sup> Pode-se referir a Comissão Nacional Institucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) pode-se citar Rogério Carvalho dos Santos (Ceccim, 2005).

<sup>8</sup> A Pedagogia do fator de Exposição teve como membro mais atuante a Comissão Nacional Institucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem)

definida a ação sobre eles, utilizando-se de saberes e experiências em pleno processo de produção pelos atores implicados, bem como dos conceitos, das teorias e das tecnologias acumulados sobre fatores de exposição (objeto-constituente do senso comum), tem sido possível à construção de uma explicação epistemológica do objeto presente no cotidiano dos trabalhadores e dos gestores, que oportuniza a ampliação de suas visões sobre esses objetos.

A interação entre atores e objetos é mediada por um amplo e dinâmico processo dialético de transformação do objeto e do próprio sujeito. Tais objetos, ao serem apropriados com fator de exposição, vêm possibilitando a problematização da implantação do SUS em Aracaju, interrogando-a sobre suas possibilidades de caminhar em certo sentido; ou seja: problematizar-se com vistas a mudar para alguns lugares e não para outros ou qualquer outro (CARVALHO SANTOS, 2006, p. 147).

Carvalho Santos (2006) aponta que diante disso, constata-se que diversos elementos do arcabouço conceitual e teórico operado em Aracaju dão forma à política de saúde proposta, mostrando uma coerência facilmente identificada entre as opções teóricas metodológicas, as decisões políticas e a realidade singular da cidade. Essa política busca incidir diretamente na essência do processo de trabalho de produção de cuidados individual e coletivo, e nos conflitos, dobras tensas, potencialidades das relações e “gestões” necessárias para a organização e desenvolvimento deste processo (que visa impactar nas necessidades de saúde reconhecidas como direito de cidadania).

Outro fato a ser pontuado dentro desse contexto colhido das arguições do autor acima citado é a crença de que a pedagogia do fator de exposição é fortemente potencializada graças ao fato de os educandos serem trabalhadores de saúde imersos numa realidade e com grande implicação com os efeitos co-produzidos por ela, de modo que este processo educativo se dá no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho (que visa construir ganhos de autonomia para as pessoas e coletivos, usuários e trabalhadores).

Portanto, como expressa Ceccim, (2005) a Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da *problematização e da invenção de problemas* (grifo do autor). Problematizar é colocar questões às perguntas em lugar das respostas, tornar a reflexão uma prática de pensamento (levantar questões, interrogações, desafios, exploração de campos) e exercer como dispositivo de mutação singular (refletida ou voluntária). Inventar problemas é implicar-se ativamente no mundo, acolher a alteridade, o estranhamento e as incertezas, tomar o mundo e a si mesmo como obra de arte – invenção permanente.

Para o setor saúde, afirma o autor, essa estética é condição para o desenvolvimento de uma escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.

No Centro de Educação Permanente em Saúde de Aracaju (CEPS) a pedagogia do fator de exposição desenvolvida no período de 2002 a 2006 utilizou-se da articulação de várias Unidades de Produção Pedagógicas (UPP)<sup>9</sup> como método de mediação de produção de novos contratos e acordos de arranjos de processo produtivo.

As UPP colocam o binômio educador-educando na interação com objetos a possibilidade de reflexão sobre o espaço de produção social onde se dá a produção cotidiana do SUS, propiciando a ação e a implicação destes com efeitos de sua intervenção. Trata-se de um processo que para ser operado exige a utilização e construção de saberes e saber-fazer, como insumos e produções, que podem propiciar graus de autonomia progressivos decorrentes a interação mediada entre sujeito e objeto. Quando definimos uma área de interesse como a saúde, é possível afirmar que vários objetos são inscritos neste campo. As definições, de quais objetos vão-se transformar em fatores de exposição deve ser decorrente de acordo entre atores ou decorrentes de modos recortar a realidade (CARVALHO SANTOS, 2006, p. 150).

Assim, compreendendo o significado e a importância do processo educativo para imprimir as mudanças, a gestão municipal realiza a Especialização Integrada em Saúde Coletiva a partir, segundo informações obtidas pelo órgão, da percepção da insuficiência de quadros com formação nesta área para assumir a implantação do modelo em vários níveis, desde as unidades básicas de saúde (UBS'S), até a gestão do nível central dos sistemas de saúde configurando-se, portanto, em uma modalidade de educação permanente oferecida aos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família aprovados no concurso de janeiro de 2004 bem como, ao quadro de gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Sendo assim, o disposto no currículo teve como base o desenvolvimento e a formação de novas competências a partir da pedagogia do fator de exposição, conforme pode ser observado no quadro abaixo, fornecido pela coordenação do CEPS.

COMPETÊNCIAS	FATOR DE EXPOSIÇÃO	ESTRATÉGIAS	DEMANDAS
Coordenar,	Grupos/movimentos	Aproximação dos grupos já	Discussão,

<sup>9</sup> Unidade de Produção Pedagógica. Refere-se ao conjunto de meios e processos necessários e articulados num modelo de produção pedagógica (Carvalho Santos, 2006).

desenvolver e avaliar grupos de usuários. (terapêuticos, de convivência, operativos, etc.) <sub>1</sub>	organizados da comunidade. UBS lançar um olhar “coletivo” para as demandas individuais.	existentes na UBS e dos espaços de organização comunitária. Significar nec. de saúde. Identificar nec. saúde a partir da cartografia/entrevista com usuários. Fala dos trabalhadores. Desenvolver oficinas entre os residentes c/ o objetivo de exercitar metodologias de grupo. Compreender os processos grupais/coletivos/comunitários e valer-se destes conhecimentos como norteador das ações/intervenções. <sub>1b</sub>	conceito comunidade e metodologia de trabalho com grupos. <sub>1c</sub> Fortalecer a abordagem grupal sob a perspectiva da educação permanente em saúde. <sub>1b/c</sub>
Formular, implantar, avaliar e monitorar ações programáticas.	Reunião UBS, CEPS/NUDEP comunidade.	Identificar grupos de vulnerabilidade. Pactuar ações com os diferentes atores envolvidos, de forma participativa e democrática. Reconhecer como as equipes já vem atuando sobre tais grupos a partir das ações programáticas, identificando mecanismos para ressignificar as abordagens. <sub>2b</sub> Apropriar-se das ferramentas já existentes para avaliação e monitoramento, construindo instrumentos quando necessários. <sub>2b/c</sub>	Discussão conceitual das ações programáticas e como estão sendo apropriadas na realidade de Aracaju. <sub>2c/b</sub>
Compreender, coordenar e avaliar as etapas de vigilância epidemiológica.			

COMPETÊNCIAS	ESPAÇO DE EXPOSIÇÃO	ESTRATÉGIA	DEMANDAS
Estimular, participar e fortalecer o controle social e a participação popular. Consulta individual, visita domiciliar.	CLS, associações de moradores, organizações religiosas, pastoral da criança, acolhimento, sala de espera e grupos educativos	Refletir sobre a micro política da UBS e a política dos atores sociais. Gerar discussões sobre o significado do controle social. Criação de espaços e ações entre a UBS e a comunidade que promovam a responsabilização individual e coletiva.	Aprimorar o conhecimento dos funcionamentos dos equip. sociais. Discussão sobre o acolhimento como captador de demandas sociais. Teorizar sobre as relações sociais existentes na comunidade. Análise de experiências desenvolvidas em espaços micro políticos (C.I./V.D.) que valorizem os avanços na abordagem integral, vínculo e responsabilização dos sujeitos enquanto usuários. Levar o trabalhador da saúde a perceber os espaços coletivos como meio de participação.
Produzir e analisar dados e informações para a	UBS Território.	Registrar procedimentos e ações. Utilizar as	Conhecer os sistemas de informação, teorizar sobre

gestão dos serviços e do cuidado a grupos e coletivos.		tecnologias na análise epidemiológica, participar da avaliação dos ACS's. Problematicar o conhecimento, a reflexão e significação dos produtos do sistema de informações. Garantir espaços de troca de informações entre as equipes e profissionais dessas equipes.	certas ferramentas da epidemiologia.
--------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

Fonte: ARACAJU. Projeto Pedagógico da Especialização Integrada em Saúde Coletiva, 2005

Dessa forma cabe salientar que os elementos orientadores do processo educativo para aquisição de novas habilidades e conhecimentos a serem desenvolvidos juntos aos trabalhadores inseridos nas diversas ações e processos educativos desenvolvidos pelo centro tem como pressuposto a aquisição de novas competências para gestão e o cuidado nos serviços oferecidos. Esta diretriz pode ser observada no currículo oferecido na especialização em Saúde Coletiva desenvolvida pelo CEPES. Uma vez que existe a necessidade de um currículo adequado capaz de contemplar não apenas os avanços tecnológicos, mas a relação entre o cuidador e o usuário, que possibilite aproximar as instituições formadoras e os serviços de saúde. Pois a formação educacional profissional para os trabalhadores em saúde tanto no que diz respeito ao nível superior quanto para os níveis técnico e básico no setor foi relegada por muito tempo e direcionada para prestação de serviço ao setor médico-privatista, quando não era totalmente negligenciada, causando assim um distanciamento entre o modelo atual de saúde e capacidade de dar resposta por parte desses profissionais.

### **CONSIDERAÇÕES: limites e possibilidades de uma sociedade em crise**

Dada à realidade atual das sociedades contemporânea e a crise que afeta tanto a produtividade, como a subjetividade dos sujeitos, aliadas a outros fatores estruturante no âmbito do trabalho percebe-se a necessidade de uma reflexão acerca dos processos educativos no âmbito da saúde pública tendo em vista que a implementação de uma política de Educação Permanente nesse campo, por exemplo, vem ganhando corpo e começa a se estruturar a partir da concepção de que o conhecimento é resultante da relação entre o local e o global, ou seja, deve ser fruto da contextualização a fim de não se tornar alienado bem como da necessidade de uma integração entre serviço de saúde e

escola. Pois, não pode-se perder de vista que à crise de paradigma no campo educacional e da saúde trazem a tona às novas matrizes teóricas ainda não consolidadas.

É imperioso reconhecer que no processo de construção e desenvolvimento da formação profissional a relação entre trabalho, educação e saúde apresenta-se como um intrincado campo de forças. O que significa dizer que tal relação pressupõe indiscutivelmente, uma atuação e constituição voltada para o fortalecimento e a mobilização dos sujeitos sociais na cobrança das propostas assumidas pelo governo, na construção de um modelo de desenvolvimento necessário e voltado para uma nova ordem social que propicie de fato a universalização do acesso à saúde, integralidade e a equidade como reza a Constituição Federal a partir de um modelo educacional baseado na humanização das competências, e que favoreça a interdisciplinaridade na construção dos currículos ao tempo que possibilite um pensar teórico-prático, crítico e reflexivo que o leve, a transformar a realidade ao passo que se transforma.

Pois historicamente o Estado brasileiro desenvolveu um modelo educacional a partir de uma escola que ensinava a pensar e outra que ensinava a fazer repercutindo assim, na subjetividade do aluno-trabalhador de forma passiva, adaptando-se ao contexto.

Frente a isso, pode-se dizer que o ingresso de técnicas disciplinares nas escolas, hospitais e prisões, entre outros, contribuíram para a disseminação de uma maneira eficaz de dominação, em que o poder do Estado se somava a uma multiplicidade de micropoderes orientados para reduzir os Sujeitos a seres obedientes (FOUCAULT apud CAMPOS, 2005).

Ou seja, as escolas, de acordo com a visão dos autores, enquanto espaço de formação constitui-se em uma arena de poder que interfere diretamente na representação social do sujeito na medida que estabelece o lugar que cada um deve ocupar no mercado de trabalho. Diante disso, os novos paradigmas educacionais e do mundo do trabalho exigem a reformulação e implantação de uma política educacional que contemple novas competências, habilidades e saberes.

Todavia há que se pontuar que o poder hegemônico das classes dominantes, os diversos interesses corporativos envolvidos, a flexibilização das relações de trabalho, a terceirização acelerada, a precarização resultante da reestruturação capitalista impactam no investimento público do setor Saúde e da Educação principalmente nas regiões menos desenvolvidas. Portanto, é necessário ter clareza que qualquer projeto,

movimento de mudanças nos campos acima referido deve ser fruto de uma vontade coletiva haja que tanto a Educação como a Saúde são processos complexos e dinâmicos.

## BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

ARACAJU, Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação Permanente em Saúde. Projeto Pedagógico da Especialização Integrada em Saúde Coletiva, 2005.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área de saúde**. Brasília: OPAS, 1999. Mimeografado.

CAMPOS. Gastão Wagner de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAPRA. FRITJOF. **O ponto de Mutação: a Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO SANTOS, R. **Saúde todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. In: **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 2005, 9 (16): 161- 167.

ENGUITA. M. F. **O trabalho atual como forma histórica**. In: A face oculta da escola. Artes Médicas: Porto Alegre, 1989.

FRIGOTTO. Gaudênio. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

HIRATA, Helena. “Da polarização das qualificações ao modelo de competência”. In: (org) FERRETTI, C. João *et al.* **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: um debatemultidisciplinar**. 6 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: vozes, 2000

KUENZER, Acácia. Educação e trabalho no Brasil: o processo de construção de idéias e as principais contribuições. In: **Ensino de 2º grau: o trabalho como princípio educativo**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

MARY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias. (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARX, Karl. **O capital**. Livro 1, Volume 1 , capítulo V. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 1971.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OFFE, Claus. O crescimento do setor de serviços. In: **Capitalismo Desorganizado - Transformações contemporâneas do trabalho e da política**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989, p. 167-197.

ORGANICISTA. José Henrique Carvalho. **O debate sobre a centralidade do Trabalho**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

PEREIRA. Adriana L. de F. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (5):1527-1534, set-out, 2003.