

Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família

Continuing Health Education: the experience of social work with Family Health Teams

ELIEZER RODRIGUES DOS SANTOS*

LIRIA MARIA BETTIOL LANZA**

BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO***



RESUMO – A Educação Permanente em Saúde prevê a construção de conhecimentos de forma coletiva no interior dos serviços de saúde e tem na Residência Multiprofissional em Saúde da Família potencial para a criação de momentos reflexivos. Foram realizadas oficinas de educação permanente com os profissionais de uma Unidade Saúde da Família da região norte de Londrina/PR, local em que atuou uma equipe de residentes. Esse estudo estrutura reflexões sobre a atuação do assistente social nessas oficinas, sobretudo, as discussões de caráter sociopolítico, em que, o assistente social foi facilitador. Foi realizado sob a técnica de pesquisa participante, se estendeu por dez meses e os sujeitos foram os trabalhadores da referida unidade. Infere-se nas conclusões que reflexões sociopolíticas, não têm sido realizadas com a dimensão necessária nestes serviços e que o assistente social pode contribuir para que se afirmem enquanto elementos de mudança no fazer saúde.

Palavras-chave – Educação Permanente em Saúde. Residência multiprofissional. Relações sociopolíticas. Serviço social.

ABSTRACT – Continuing Health Education provides for building collective knowledge within health services and has in Family Health Multidisciplinary Residency the potential for creating moments of reflection. Continuing education workshops were conducted with professionals from a Family Health Unit in the northern region of Londrina/Paraná, where a team of residents was working. This study structures thoughts on the role of social workers in these workshops, especially the discussions of a socio-political nature, in which the social worker was a facilitator. It was conducted using the participant research technique, lasted for ten months and the subjects were health workers at the above-mentioned unit. It can be concluded from the findings that socio-political reflections were not carried out with the necessary amplitude for these services and that social workers can contribute so that these can be affirmed as elements for changing the way health care is provided.

Keywords – Continuing Health Education. Residency multidisciplinary. Socio-political relations. Social service.

* Especialista em Saúde da Família. Mestrando em Serviço Social e Política Social pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Apoiador em Saúde pela Fundação do ABC. São Bernardo do Campo – SP, Brasil. *E-mail:* eliezerrodrigues2@hotmail.com

** Doutora em Serviço Social, Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina – PR, Brasil. *E-mail:* lriademaio@hotmail.com

*** Mestre em Saúde Coletiva pela UEL. Doutoranda em enfermagem pela escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Professora assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina – PR, Brasil. *E-mail:* brigidagimenez@gmail.com

Submetido em: fevereiro/2011. Aprovado em: maio/2011.

A mudança na atenção à saúde é uma necessidade imperativa e desafiadora e tem na Educação Permanente em Saúde uma estratégia potente para sua efetivação. Nessa perspectiva, a inserção de residentes multiprofissionais nos serviços de saúde, integrando-se aos processos de trabalho das Equipes Saúde da Família, tem como um dos escopos a atuação em processos pedagógicos a partir da realidade vivenciada pelos trabalhadores.

Este trabalho apresenta reflexões acerca da atuação de uma equipe de Residentes em Saúde da Família, especificamente a atuação de um assistente social, na interação e produção de espaços reflexivos com caráter sociopolítico, considerando tais espaços como uma perspectiva fundamental para sedimentação do SUS e na afirmação da saúde enquanto um direito social.

Não obstante, discussões de caráter sociopolítico no interior dos serviços de saúde dialogam com o pacto pela saúde, mais especificamente, com o pacto em defesa do SUS, que expressa uma intenção de repolitização da saúde visando à consolidação da reforma sanitária brasileira, de modo a assegurar o SUS como política pública (BRASIL, 2006).

Este artigo estrutura reflexões a respeito da Educação Permanente em Saúde e seus aspectos sociopolíticos, do Serviço Social na saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre a necessidade de um o processo de construção coletiva das atividades educativas, de como a lógica de acumulação capitalista se reproduz no cotidiano e se expressou nas discussões realizadas.

Educação Permanente em Saúde e os aspectos sóciopolíticos

Garantir a formação permanente dos trabalhadores para atuar na saúde pública é uma reivindicação antiga dos movimentos que objetivam uma saúde de qualidade para o país. Evidenciar essa necessidade no contexto nacional teve como um de seus principais coroamentos a garantia constitucional, que aponta o Estado como ator direcionador do processo formativo dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

As prerrogativas engendradas pela constituinte aprofundaram a necessidade de atualização profissional. A Constituição, ao catalisar diversas reivindicações sociais que a precederam, ocasionou uma inflexão na concepção dos indivíduos sociais, agora entendidos como sujeitos de direitos sociais, políticos e civis. Esses fatores, somados à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Saúde da Família nos anos de 1990, fundamentaram a compreensão de que o perfil dos trabalhadores em saúde era “inadequado” às novas demandas (MOURÃO, et al., 2007, p. 370) e que seria necessário a criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, promulgada em 2003.

Tal inadequação se refere ao modelo de formação ainda vigente, de cunho flexneriano: fragmentado, superespecializado, com pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção à saúde, centrado em hospitais. Apesar de esta formação contribuir para estruturação do complexo médico-industrial, respaldado em normas que privilegiam a contratação de serviços privados e orientado para a geração de lucro, consolidado nos anos 1970 e 1980, é custeada quase que totalmente com recursos públicos (CAMPOS, 2006, p. 5).

Ao se instituir na Constituição de 1988 a saúde como direito e dever de Estado, há uma inflexão tanto do ponto de vista do papel de Estado, que toma para si a função de conduzir e gerir a política de saúde brasileira, como da operacionalização dos serviços de saúde mediante o modelo de atenção universal, descentralizado, integral e participativo que o SUS preconiza.

Nesse sentido, são novas as posições que os entes federados passam a ocupar no desenho da saúde pública do país, bem como as demandas que os usuários tensionam nos serviços de saúde, tornando atual e legítima a temática da formação de seus trabalhadores.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de atenção aos trabalhadores, objetiva a transformação dos processos de trabalho a partir de aprendizagem significativa¹, ou seja, privilegia-se nas práticas de saúde os saberes existentes, valores preestabelecidos e as estruturas de poder e organização

do trabalho em vigência, acrescidas com reflexões críticas sobre o trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e que sejam dotadas de sentido, tanto para os usuários como para os trabalhadores. Destaca-se que a atualização técnico-profissional é apenas um elemento da formação (BRASIL, 2003).

Ora, se a EPS possui potencialidades de mudança no perfil profissional dos trabalhadores em saúde, ela está ancorada numa perspectiva contra-hegemônica e emoldurada de um projeto societário. A esse respeito Ceccim e Feuerwerker (2004) refletem que a formação é uma tarefa socialmente necessária e pode superar posições conservadoras cristalizadas na sociedade e nos serviços de saúde:

[...] ela deve guardar para com a sociedade compromissos éticopolíticos. Portadora de futuro, [...] não pode estar atrelada aos valores tradicionais, mas ao movimento de transformações na sociedade e capaz de sofisticada escuta aos valores em mutação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 49).

Nos processos educativos dos profissionais de saúde, as discussões que suscitam a mudança societária são fundamentais. Consideramos como mudança social, especificamente na política de saúde, concretizar os paradigmas do 'fazer saúde' vinculados aos determinantes sociais, e que negam os informes flexnerianos.

A saúde de uma população é resultado de condições mais gerais, socioeconômicas, culturais e ambientais de vida, trabalho, etc. Nessa perspectiva as intervenções em saúde devem ampliar o escopo para os determinantes sociais, considerando a inserção de classe como determinante central. Sendo assim, a atuação junto aos determinantes sociais pode contribuir para mudança de uma sociedade ontologicamente desigual, ao incorporar esferas de produção e reprodução material, estruturas de classes, construção cultural, simbólica entre outros, e propor ações de caráter macrossociais para seu enfrentamento (BARATA, 2009).

A formação profissional, entendida como processo histórico, revela a relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho (PEREIRA; RAMOS, 2006) e, portanto, está ligada à categoria trabalho. O trabalho humano é o modo como o homem transforma a natureza e ao mesmo tempo se modifica. Na lógica de acumulação capitalista, o trabalhador é obrigado a vender sua força de trabalho, tornando-se uma mercadoria (MARX, 1981).

Essa categoria passa por modificações conforme mudanças societárias e avanço do modo de produção capitalista. Na contemporaneidade, assume uma conformação complexa diante da internacionalização do capital e fragmentação da classe que vive do trabalho: despossuídos dos meios de produção, incluindo assalariados, desempregados, temporários, trabalhador rural etc. Reafirma-se, contudo, que o trabalho ainda é central para compreender a realidade social (ANTUNES, 2005).

Nas interpretações do trabalho em saúde, observa-se que ele opera essencialmente com tecnologias de relações, de subjetividade (tecnologia leve), para além dos equipamentos e conhecimentos tecnológicos estruturados (tecnologias dura e leve-dura, respectivamente) (MERHY, 1997). É um saber construído de maneira essencialmente tácita. Apesar do capital também tentar expropriar esse tipo de trabalho, com a imposição de metas e produtividade, o trabalhador pode imprimir mudanças, visto que ainda é dono do seu processo de trabalho e pode exercer atividades numa perspectiva emancipatória na micropolítica do trabalho vivo (MERHY, 1997).

Na interpretação contemporânea, o conhecimento é entendido também como mercadoria ou força produtiva (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 15). A esse respeito, a qualificação profissional atribui mais valor à mercadoria força de trabalho, ou seja, a qualificação fetichiza essa mercadoria como "valor adicional ao seu próprio valor" (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 15).

Com o advento da chamada reestruturação produtiva e seus processos de acumulação flexível (HARVEY, 1993), a formação aparece enquanto garantia de inserção, quer seja pelo "mito do diploma" – em que a posse de um diploma significa um trabalho com garantias sociais, desconsiderando a realidade do mundo do trabalho e seus reflexos para o conjunto dos trabalhadores – ou pela aceitação da formação aligeirada, acrítica e instrumental recebida, que movimenta um mercado expansivo e lucrativo de escolas

particulares de nível técnico e superior no Brasil, muitas delas na modalidade a distância, ou ainda pela manutenção no mercado de trabalho. Localizam-se aqui as ofertas de cursos de especialização, MBAs e outras alternativas de agregar conhecimento, em ambos os casos, atribuindo às competências individuais o “estar empregado”. Assim, a educação instrumentaliza para competir por empregabilidade, em detrimento da formação para o trabalho de longa duração (PEREIRA, 2008).

O conhecimento produzido sob a égide do capitalismo garante expropriação dos trabalhadores e maior extração da mais-valia. Tende a ser fator de ajustamento dos indivíduos, mantendo as relações de dominação ou tornando inócua a organização das classes trabalhadoras. Esses argumentos podem justificar a preponderância de treinamentos rápidos e reduzidos a uma qualificação mecânica a que os trabalhadores são submetidos em seus locais de trabalho. Ora, se é a favor do capital que a educação profissional se vincula, faz sentido apostar que ela pode ser fator para mudança social e atribuir-lhe *status* de política pública?

A esse respeito corrobora Pereira e Ramos (2006) ao apontar que, apesar de serem produzidos e reproduzidos pelo capital, os trabalhadores podem ser críticos e utópicos à medida que se constroem formas qualificadas de pensar as múltiplas expressões sociais. Assim, formação pode servir “como instrumento contra-hegemônico ao capitalismo [...] um poderoso instrumento contra a cultura da barbárie, de modo a combater impulsos de destruição existentes” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 15).

Para que efetivamente exista possibilidade de mudanças no fazer saúde e na lógica capitalista, se faz necessária a compreensão das estruturas em que se edificam e sedimentam os valores sociais hegemônicos, ou seja, um processo de formação política e social. Discussões dessa ordem são nominadas neste estudo de “sociopolíticas”. Para Chauí (2000):

Quando os historiadores falam de formação, referem-se não só às determinações econômicas, sociais e políticas que produzem um acontecimento histórico, mas também pensam em transformação e, portanto, na continuidade ou na descontinuidade dos acontecimentos, percebidos como processos temporais. [...] o registro da formação é a história propriamente dita, aí incluídas suas representações, sejam aquelas que conhecem o processo histórico sejam as que ocultam (CHAUI, 2000, p. 9).

O ideário de formação política de que tratamos se reproduz na perspectiva da formação que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e se propõe a ser um movimento de transformação pelo trabalho.

Notas sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)

O processo de formação educacional proposto para as residências orienta-se na perspectiva da formação em serviço. Iniciativas de formação desse cunho são adotadas essencialmente nas profissões afetas à área da saúde. A gênese das Residências Multiprofissionais remonta à década de 1970 (CAMPOS, 2006, p. 5).

A desvalorização da atenção básica e a hegemonia do modelo flexneriano foram fatores que enfraqueceram o movimento de residências de caráter comunitário e voltadas à atenção primária, conforme reflexões de Da Ros e colaboradores (2006). Em 2000 foi intencionada a reconstrução dos processos de residências em Atenção Básica, mola propulsora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Esse modelo se propõe ao mesmo tempo incorporar e qualificar a especificidade de cada profissão envolvida e desenvolver um campo de conhecimento comum tendo a Atenção Básica como espaço de construção do trabalho coletivo e comunitário a fim de intervir efetivamente na saúde das populações e contribuir no processo de trabalho das unidades de saúde, com ações integradas e

intersectoriais. (CARVALHO; LIMA; BADUY, 2006). Assim, a inserção do serviço social tem fundamental importância para concretização desses objetivos devido à natureza de sua intervenção na saúde.

Os caminhos do Serviço Social na política de saúde

O Serviço Social teve sua inserção na saúde pública no início do século XIX, inserindo-se nos hospitais e vinculado às perspectivas fragmentárias, individuais, assistencialista e submetido à figura do médico (BRAVO, 2007, p. 33). As atividades profissionais eram condizentes com a visão que predominava na categoria nesse contexto, objetivando o ajustamento dos indivíduos e a normatização da clientela.

A atuação do assistente social passou por uma mudança a partir de um processo interno da profissão, combinada com as mudanças ocorridas na saúde. O processo interno remonta ao movimento de reconceituação do Serviço Social da América Latina nos anos 1960 a 1975 que questionava o serviço social tradicional ligado ao modelo americano, sua finalidade, fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos e formação (IAMAMOTO, 2008).

Como legado desse movimento (IAMAMOTO, 2008), o serviço social no Brasil, no final da década de 1980 e início dos anos de 1990, protagonizou a chamada vertente de intenção de ruptura com o serviço social tradicional (NETTO, 1996). A intenção de ruptura, além de repercussões teóricometodológicas da profissão, teve como um de seus desdobramentos importantes o Projeto Ético Político do Serviço Social.¹¹

Esse novo aporte teórico-metodológico da profissão, que pode ser considerado majoritário, tece críticas incisivas ao Estado, inicialmente ditatorial e atualmente neoliberal, e ao desmonte e fragmentação das políticas públicas; se propõe a contribuir na construção de políticas efetivas universais, entre elas a política de saúde.

No contexto da saúde pública, a mudança da concepção de saúde e os resultados do posicionamento crítico dos atores da reforma sanitária possibilitaram a ampliação da “clínica”, a proposição de trabalho interdisciplinar e o entendimento da saúde e doença enquanto processo socialmente determinado (PAIM, 2008). Apesar do caráter progressista do movimento de reforma sanitária, com características muito semelhantes à visão que se erige na intenção de ruptura, a categoria permaneceu, nos anos de 1980, distante do movimento de reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2007).

Ainda de acordo com esses autores, nos anos de 1990, com a ofensiva neoliberal na saúde, reafirmou-se o projeto privatista em contraposição ao projeto da reforma sanitária, ambos solicitando um posicionamento diferenciado do serviço social: o primeiro, uma ação fiscalizatória assistencialista e individual; o segundo, ações democráticas, humanizadas e interdisciplinares (BRAVO; MATOS, 2007, p. 206).

Recentemente foram elaborados pela categoria os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde objetivando referenciar a prática profissional. Esse documento contempla a atuação do assistente social junto à formação dos trabalhadores (CEFESS, 2009). Ainda, em outras produções, se referenda essa característica profissional, ao vincular essas atividades como ações de caráter político-organizativos do exercício profissional do assistente social (MIOTO; LIMA, 2009).

Não obstante, o assistente social figura entre as profissões dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), política governamental inscrita no cenário nacional em 2008 e que atribui à equipe multiprofissional a responsabilidade de exercer ações de educação permanente (BRASIL, 2008). Esses fatores reafirmam a necessária reflexão das atividades vivenciadas pelo assistente social enquanto residente na unidade de saúde, bem como, nos espaços de educação permanente em saúde.

O serviço de saúde como um espaço para produção de práticas reflexivas

A implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Londrina/PR objetivava que os residentes pudessem contribuir efetivamente para mudança do processo de trabalho das Equipes Saúde da Família nas unidades em que foram lotados. Foram incluídas sete profissões na configuração da residência, a saber: assistente social, dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e profissional de educação física.

A unidade de Saúde Aquiles Stenghel, palco de realização desta pesquisa, situada na região norte da cidade de Londrina/PR, estrutura suas atividades a partir de atendimentos oriundos da demanda espontânea e eletiva, além de procedimentos afetos à estratégia saúde da família. Atuam na unidade três Equipes Saúde da Família, cada uma composta por quatro a seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico generalista.

Observamos a incidência de rotatividade nas equipes durante o período de realização da pesquisa; houve profissionais que se demitiram, contratações novas, licença-maternidade, férias, entre outros. Tais fatores somados resultam na heterogeneidade das equipes, tanto no que se refere ao tempo e experiência no trabalho na Estratégia Saúde da Família quanto à formação acadêmica, técnica e complementar. A questão da rotatividade dos profissionais das Equipes Saúde da Família já foi tema de estudos e apontadas suas implicações para efetividade do trabalho, atenção e vínculo entre a própria equipe e com os usuários (MEDEIROS et al., 2007; CAMPOS; MALIK, 2008).

No período compreendido entre outubro de 2008 e dezembro de 2009, foram realizadas oficinas semanais com os trabalhadores das três equipes que lá atuavam, organizadas pelos residentes, para discutir questões afetas ao processo de trabalho. Os temas versaram sobre: trabalho em equipe; saúde mental; promoção da saúde; questão social e rede de proteção social; acolhimento; cuidado em odontologia.

O desafio que redundou para os residentes foi estruturar tais discussões a partir da chamada aprendizagem significativa, que na perspectiva da EPS se traduz em realizar as discussões a partir do trabalho, superando o mero repasse de informações e utilizando recursos pedagógicos que estimulassem a participação e interação dos trabalhadores, considerando suas especificidades e conhecimento que os indivíduos já possuíam (BRASIL, 2007).

Ao assistente social foram destinados a preparação e facilitação de três encontros. Além de refletir a prática do assistente social e suas possíveis contribuições junto à Estratégia Saúde da Família, tinham objetivos de estruturar reflexões de cunho social e político, visando contribuir na construção de um perfil profissional mais crítico e reflexivo.

Este estudo baseia-se em uma pesquisa participante, de abordagem qualitativa. Escolhemos essa metodologia por entender que ela privilegia a interação entre o pesquisador e os membros das situações investigadas, o que contribui para uma interpretação mais profícua (GIL, 2008).

Dessa forma, tanto o pesquisador como os atores sujeitos do estudo interferem no conhecimento da realidade. Não obstante, possibilita maior autonomia do pesquisador, uma vez que ele não está necessariamente prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados (MINAYO, 2000). As fontes de dados utilizadas foram: diário de campo, relatórios elaborados pelos residentes, planejamento e instrumento de avaliação aplicado aos participantes das oficinas.

Os dados foram interpretados com a técnica de análise de conteúdo e partir das categorias temáticas de análise: (a) Educação Permanente em Saúde: um processo coletivo; (b) a (in)visibilidade cotidiana das expressões da questão social e A inexorabilidade do capital.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Bioética da Universidade Estadual de Londrina, recebendo parecer favorável, sob número: 271/08. Cada sujeito foi informado sobre os objetivos da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma em seu poder e outra em poder do pesquisador.

Educação Permanente em Saúde: um processo coletivo

O trabalho em saúde é essencialmente coletivo e, como tal, composto por indivíduos singulares que assumem espaços ocupacionais e de poder distintos. A soberania dos atos em saúde ainda está centrada na figura do médico e, mesmo na Estratégia Saúde da Família, em que a coordenação das equipes está capitaneada na figura do enfermeiro, o profissional médico ainda controla o processo de trabalho com sua autoridade técnica e social (NOGUEIRA, 1991). Esses fatores cimentam a tradicional verticalização das ações em saúde impostas e normativas, além do distanciamento de reflexões e integração do processo de trabalho, perdendo a riqueza da diversidade.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem sido estruturada para efetivar-se como processo coletivo de modo a garantir a participação dos diversos atores na sua concretização (CECCIM, 2005). Na realidade vivenciada reaparece a dificuldade em dar concretude a essa proposição. Mesmo inseridos nas atividades rotineiras da Unidade, a idealização e planejamento das oficinas tiveram pouca participação dos trabalhadores, ficando centrados nos residentes.

A maior parte dos sujeitos da intervenção teve contato com as atividades quando a configuração final estava pronta. Um dos elementos mais nobres no tocante à educação em saúde, segundo Ceccim (2005), é conceber saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho; ou seja, é no cotidiano das ações em saúde que as atividades de educação devem ser orientadas.

Pensar em conjunto as atividades potencializa a participação efetiva dos trabalhadores, que podem então se ver como copartícipes do trabalho na sua totalidade. Não obstante, em conformidade com Cecílio (2007), entendemos que o “trabalhador moral” dificilmente adere às mudanças no processo de trabalho se perceber sua autonomia ameaçada, por mais nobre que seja a intenção que fundamente a mudança.

Intervenções no processo de trabalho de natureza vertical estão cristalizadas no cotidiano dos trabalhadores, de modo que houve poucas objeções ao que estava proposto. Às três equipes foi apresentado o cronograma detalhado e abertos espaços para contribuições e objeções, porém apenas uma fez críticas mais incisivas ao que era proposto, solicitando alterações e reorganização do cronograma.

Democratizar o planejamento, a avaliação e a gestão de projetos, objetivando superar a tradição vertical de modo a incorporar o coletivo de trabalhadores, bem como os usuários, talvez seja na atualidade um dos maiores desafios na implementação das políticas públicas e tenha possibilidades de superar a visão que reduz o trabalhador a um mero recurso para execução de programas.

Destacamos como entrave para efetivação da EPS como atividade coletiva o trabalho fragmentado no contexto da produtividade e a predominância das ações assistenciais, que imprimem dificuldades em conceber os momentos de reflexão e formação, como integrantes do processo de trabalho, observado por verbalizações como: “É complicado deixar o trabalho para vir aqui” (enfermeira).

Essa verbalização dialoga com assertivas que sugerem o desconforto em deixar a “demanda” por conta dos demais. Indica ainda a refração do contexto do mundo do trabalho na saúde, a atividade extenuante, longas jornadas e o número de profissionais em geral insuficiente para atender o quantitativo de pessoas que procuram os serviços de saúde (ARIAS et al., 2006). Esse fator apareceu contundente nas respostas ao instrumento de avaliação. Quando perguntado sobre o compromisso com as atividades propostas, justificava-se a “demanda” ou o “serviço no posto” pelas ausências em algumas oficinas.

Outro apontamento interessante é a cobrança do absenteísmo dos colegas de equipe nas oficinas: “Gostaria que todos participassem do começo ao fim” (depoente não identificado). Se por um lado essas frases expressam a dificuldade de efetivar um acordo coletivo, elas também trazem o modelo ideológico de trabalho em equipe, engendrado pela acumulação flexível, que intenciona justamente fazer com que os próprios trabalhadores exerçam um controle mútuo, cobrem produtividade e redução do absenteísmo (HARVEY, 1993).

Cumpramos observar, contudo, que a não participação do profissional médico não foi mote de inquietudes por parte da equipe, considerando que apenas uma das equipes pôde contar com a participação do médico no decorrer das oficinas. A postura das equipes de não questionar essa situação pode ser atribuída à representação social construída em torno desse profissional, bem como a valoração das “poucas horas” que essa categoria permanece na Unidade de Saúde, ou seja, o tempo de que dispõe tem que ser destinado às atividades prioritárias.

Preocupados com a continuidade do processo desencadeado, houve a pactuação com os trabalhadores que o espaço construído se legitimasse enquanto um momento semanal, em que as equipes se reunissem para organizar o processo de trabalho e mantivessem um período de formação.

É importante a presença de um ator que articule os momentos de educação em saúde, uma vez que os trabalhadores ainda encontram dificuldades de se organizarem para tal. Dessa forma, os momentos citados ocorreram e foram potencializados pelos residentes, com atividades educativas, tais como leitura de textos e reflexões sobre o processo de trabalho, bem como contribuições de suas especificidades profissionais para encaminhamento das situações pontuais.

A (in)visibilidade cotidiana das expressões da questão social

Para desencadear as reflexões na lógica da desigualdade social, utilizamos figuras simbólicas, associadas aos dados de distribuição de renda no Brasil e o descompasso vil entre desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, a fim de dar concretude ao ideário da questão social.^{III}

Os trabalhadores, ao verem materializada a desigualdade e exploração inerente ao modo de produção vigente, conseguiram elaborar, ainda que de modo incipiente, críticas à estrutura social, relacionando as situações que lidam no trabalho, com as condições macrosociais, como indicam as assertivas “aumento da demanda do posto” (enfermeira), violência, exclusão e similares.

Essa postura é aparentemente paradoxal, uma vez que, quando visualizaram os desdobramentos da realidade social, traduzidos em construções audiovisuais, os trabalhadores agiram com estranheza, afirmando que não percebiam o quão cruel era a realidade das camadas mais pauperizadas. Ou seja, quando indagados, conseguem inferir que essa realidade existe e se reproduz, mas não a identificam nas atividades cotidianas do trabalho nem na realidade em que vivem, visto que os agentes comunitários de saúde moram nas comunidades adstritas à Unidade de Saúde.

Todavia, a conjuntura econômica insiste em classificar os homens em grupos e estratos sociais mediante corte de renda e autoriza sua autotaxação nesses campos, bem como provoca o isolamento e a fratura da noção de pertencimento dos homens à mesma condição de trabalhadores. Nessa medida, afasta o trabalhador em saúde não só dos usuários que atende, porque tem emprego, salário e outros bens, mas também pela sua dificuldade de entender e identificar o processo de construção social da forma como os homens vivem e constroem a realidade.

Isolados em suas individualidades e impossibilitados de se perceberem enquanto ser genérico e universal, portanto portador de uma identidade comum a todos os homens, a compreensão e o espaço de cada um na sociedade são mediados pela sua capacidade de possuir bens e consumir, restando assim aqueles que não acessam tal binômio à dureza da vida cotidiana com as privações de trabalho, habitação, alimentação, saúde e etc.

Inferimos que as inquietudes que a realidade social produz não são devidamente trabalhadas. Reflexões dessa natureza são indispensáveis no processo de trabalho, para superar a naturalização das desigualdades que se reproduzem num processo sócio-histórico de adaptação dos indivíduos às regras da civilização, por mais “incivilizadas” que tais regras sejam (HOBBSAWM, 1998), ou seja, à medida que as desigualdades se aprofundam, a sociedade se adapta tornando-as invisíveis, inclusive os momentos de choque diante de situações terríveis que usualmente figuram na mídia, estão na engrenagem da

adaptação e contribuem para ocultar o quanto os indivíduos se habituaram a normalidade (HOBBSAWM, 1998).

Dessa forma, entendemos que um processo pedagógico, também voltado para as questões sociopolíticas, pode ser fator para que os trabalhadores observem, a partir de outro prisma, as condições sociais e de saúde que as populações atendidas estão condicionadas e, conseqüentemente, ocorra uma inflexão no modo como são atendidas e interpretadas as necessidades de saúde dos indivíduos. Essa reflexão se justifica, uma vez que a ESF se propõe a prestar assistência às demandas de caráter social e, tal como reflete Vasconcelos (2008, p. 147), “não basta apenas despertar ou permitir uma nova vontade nos profissionais. Implica criação de espaços educativos e reflexivos na instituição”.

A Inexorabilidade do capital

Mas e daí? Já estou indignada e agora? (Agente Comunitário de Saúde – ACS)

Um dos instrumentos usados pelo capital para manutenção da ordem vigente é o movimento de produção ideológica que atribui ao atual meio de produção adjetivos de estanque, eterno e, nas palavras de Pereira e Ramos (2006), inexorável:

[...] certa homogeneidade de discursos que tendem a nos convencer sobre a inexorabilidade do modo de produção capitalista e da vitória das forças do mercado sobre qualquer projeto centrado na possibilidade da superação das classes sociais (PEREIRA E RAMOS, 2006, p. 65).

A verbalização da ACS referida no início deste subtítulo foi proferida no seio das discussões que colocavam em xeque a ordem capitalista e, para tal, realizamos a leitura de um texto que, ambientado na última crise do capital financeiro e na epidemia da Gripe A (H1N1), denunciava a crise do sistema capitalista e indicava a necessidade de organização da classe trabalhadora que tomou maior expressividade na discussão.

Evidenciou-se o que Antunes (2005) aponta, no que tange à dificuldade de se reconstruir junto aos trabalhadores o pertencimento de classe, que o capitalismo recorrentemente tenta nublar, à medida que os trabalhadores verbalizavam total desconhecimento da potencialidade existente na organização e luta por interesses da categoria, bem como o afastamento de espaços formais, tais como conselhos gestores e sindicatos. O enfraquecimento do sindicalismo e da organização da classe trabalhadora, a subordinação e o distanciamento dos movimentos populares que questionam o *status quo* – ou que a isso intencionam – são condições *sine qua non* para o fortalecimento do sistema capitalista na lógica de ajustamento do complexo de reestruturação produtiva (ALVES, 2000).

Há que se observar o distanciamento com assuntos que tratam da superação do capital, e de um modo geral o descrédito oriundo da perpetuação da lógica dominante, como foi expresso no depoimento que trouxe a questão das expectativas de campanha eleitoral e a realidade do governo vigente à época, “a gente tinha esperança com o Lula, mas olha no que deu” (aux. enfermagem). Associado à desesperança política, o individualismo torna a questão social em problemas particulares e, portanto, distante da realidade do coletivo.

Mézáros (2006) aponta que as sociedades são construídas por intermédio da ação dos indivíduos particulares em busca de seus próprios fins; no entanto, esses indivíduos engendram a sua própria reprodução e, portanto, também reproduzem uma certa forma de produção dominante. Nesse sentido, aos grandes problemas e interrogações que o sistema capitalista apresenta, poucas são as respostas e indicativos de ruptura frente ao lastro de desigualdade que produz, causando uma espécie de conformismo em torno da sua superação. No limite; são tematizadas as possibilidades de sua revisão, com características mais humanas e aceitáveis.

Tal consideração indica que a produção do cuidado à saúde, obrigatoriamente passa pela crítica à tal sociedade e sua sociabilidade humana. Diante da complexa tarefa de pensar e refletir sobre como romper as amarras que o sistema capitalista impõe, muitos preferem o silêncio e a letargia de suas salas de estar diante da TV ou das salas de vacina, imersos no cotidiano e abdicados de sua responsabilidade social frente às necessárias mudanças societárias.

Considerações finais

Se no centro da disputa entre os projetos de saúde a Estratégia Saúde da Família tem lugar privilegiado, junto ao projeto democrático, a Educação Permanente em Saúde é um instrumento fundamental para aprofundar a construção do SUS, tal como foi idealizado e inscrito no aparato jurídico que o legitima. Para tanto, é necessário repensar os modelos de educação em saúde.

Esse estudo evidenciou essa necessidade e indicou possibilidades de atuação vinculada a uma proposta inovadora ao entender que os trabalhadores podem ser utópicos, propositivos e protagonistas da mudança efetiva no “fazer saúde” e na estrutura social vigente.

Pode-se inferir com esse estudo que o trabalho educativo tem mais condições de ser efetivado se estiver vinculado ao cotidiano profissional e se organizar no interior do trabalho em saúde, vinculado aos trabalhadores, potencializando as ações e tendências progressistas e tensionando a luta de classes no interior dos serviços de saúde. Inferimos também que discussões dessa natureza não têm sido realizadas com a dimensão necessária a ponto de ser mote de mudanças efetivas no trabalho; ao contrário, a Educação Permanente em Saúde, nos serviços de saúde, tem se reduzido a treinamentos técnico-operativos e mudanças pontuais/organizativas dos processos de trabalho.

Quanto ao Serviço Social, observa-se que – apesar de não ser prerrogativa exclusiva dessa profissão – ações educativas e processos reflexivos dessa natureza podem ser construídos por esse profissional, dado sua formação e o projeto ético político da categoria, ancorado numa perspectiva emancipatória.

Referências

- ALVES, G. O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ANTUNES, R. *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARIAS, E. H. et al. Gestão do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, 2006, p. 112-117.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BRASIL. Lei 8080 de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.
- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- _____; MATOS, M. C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 167-217.
- CAMPOS, F. E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, 2006, p. 39-51.
- CAMPOS, V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Revista de Administração Pública – RAP*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, mar./abr. 2008, p. 347-368.
- CARVALHO, B. G.; LIMA, J. V.; BADUY, R. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em saúde família. In: BRASIL. *Residências multiprofissionais em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília/DF, 2006. p. 229-249.

- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005, p. 975-986.
- _____; FERLA, A. A. educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.162-168.
- _____; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./jun. 2004, p. 41– 65.
- CECILIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface*, São Paulo, v.11, n. 22, maio/ago. 2007, p. 345-351.
- CEFFES. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 06 jun. 2011.
- CHAUÍ, M. *Brasil: mito fundador e sociedade autoritária*. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.
- DA ROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em saúde da família: uma conquista do movimento sanitário. *Cadernos R H em Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, v. 3, n. 1 2006, p. 103-111.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HARVEY, David. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.
- HOBSBAWM, E. *Sobre história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 3. ed São Paulo: Cortez, 2008.
- _____; CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, 1983.
- MARX, K. *O capital*. (crítica da economia política). O processo global de produção capitalista. Livro 3, v. 6. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
- MEDEIROS, C. R. G. A. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, [periódico na internet] 2007, [citado em 25 de fevereiro de 2010 [cerca de 15 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2639
- MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.
- MÉSZAROS, István. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo, 2006.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 22-48, jan./jun. 2009.
- MOURÃO, A. M. A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 352-380.
- NETTO, J. P. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. A construção do projeto ético-político do serviço social in: *Serviço Social e Saúde Formação e trabalho profissional*. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 141-160.
- NOGUEIRA, R. P. *Trabalho em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectivas, in: MATTA, G. C.; LIMA J. C. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 91-122.
- PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA G. C.; LIMA J. C. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 393-420.
- _____; RAMOS, M. N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ⁱ A aprendizagem significativa se estrutura a partir da problematização dos homens em suas relações com o mundo. É motivada pelo desejo ativo dos participantes; pela apropriação de novos saberes e práticas; "nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos sujeitos, desafiante do desejo aprender mais" (CECCIM; FERLA, 2008, p. 163).

ⁱⁱ Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções. No caso do serviço social, o projeto societário propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. Materializa-se nas Diretrizes Curriculares, lei que regulamenta a profissão e código de ética profissional (NETTO, 2007).

ⁱⁱⁱ Questão social é entendida como as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 77).