

Educação Permanente em Saúde: Estratégias para a construção de um fazer ético como condição do cuidado. ¹

**Fabiana Bianchet²
Joice Danusa Justo³**

RESUMO

Este artigo tem como objetivo tecer considerações acerca do lugar da Educação Permanente em Saúde enquanto estratégia de enfrentamento de alguns obstáculos que atravessam o serviço de saúde e que dificultam a produção do cuidado, como a fragmentação do serviço e a falta de implicação do trabalhador de saúde. E para isso se propôs fazer uma revisão da literatura especializada, tecendo visões e conceitos para construir um entendimento das possibilidades da Educação Permanente em Saúde como um dispositivo que gere um trabalho mais significativo para o trabalhador e mais resolutivo para o usuário. Diante de um trabalho em saúde no qual o cuidado e a implicação do trabalhador operam como instrumentos de trabalho, não se pode pensar em outro método que não seja um método dinâmico, que institua movimento e autonomia no processo de produção do trabalho e no processo de formação. A educação Permanente em Saúde vem dar subsídios para que se cumpra essa tarefa, na medida em que se apresenta como uma metodologia fluida, que respeita as disposições específicas de cada contexto, e se mostra alternativa condizente com a construção de um trabalho ativo, eficiente, ético e saudável, para usuário e trabalhador.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde, Produção do cuidado.

¹ Artigo produzido para conclusão do curso de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.

² Enfermeira, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, COREN 67775. Docente da Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI. Email: fabianabianchet@terra.com.br

³ Psicóloga, CRP12/07017. Discente da Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI. Email: joicejusto.psi@gmail.com.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo hacer consideraciones acerca del lugar de la Educación Permanente en Salud como una estrategia de enfrentamiento de algunos obstáculos que atraviesan el servicio de salud y que dificultan la producción de la atención, como la fragmentación de los servicios y la falta de participación del trabajador de la salud. Y para ello se propuso hacer una revisión de la literatura especializada, tejiendo visiones y conceptos para construir una comprensión de las posibilidades de la Educación Permanente en Salud como un dispositivo que genere un trabajo más significativo para el trabajador y más resuelto al usuario. Frente a un trabajo de salud en el que la atención y la participación del trabajador opera como una herramienta de trabajo, no se puede pensar en otro método que no sea un método dinámico que establezca el movimiento y la autonomía en el proceso de producción de trabajo y en el proceso de formación. La Educación Permanente en Salud viene a proporcionar subsidios para que se cumpla esta tarea, en la medida en que aparece como una metodología fluida, que respete las disposiciones específicas de cada contexto, y se presente alternativa coherente con la construcción de un trabajo activo, eficiente, ético y saludable para el usuario y el trabajador.

Palabras clave: Educación Permanente en Salud, Proceso de Trabajo en Salud, Producción del cuidado.

1 - INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde como política pública do SUS, tem se desenvolvido como estratégia na busca da qualificação sistemática dos trabalhadores e dos serviços em saúde, por meio da reflexão dos processos de trabalho, buscando uma atuação crítica e a implicação dos sujeitos trabalhadores em seu cotidiano de trabalho. (Ceccim, 2005).

No ano de 2014, o Ministério da Saúde lançou documento⁴ reconhecendo e fortalecendo a educação como instrumento potente para afinar a relação entre a formação profissional e os princípios e diretrizes do SUS na atuação dos profissionais de saúde, tendo em vista o distanciamento existente entre essas duas esferas.

Este artigo tem como objetivo traçar considerações acerca das possibilidades e estratégias apresentadas pela Educação Permanente em Saúde no que tange a sensibilização dos trabalhadores na direção de um fazer mais humanizado e ético, bem como na direção da produção de um cuidado mais efetivo. Para isso se propõe fazer aqui uma revisão da literatura especializada, por meio de conceitos e considerações de importantes autores da área, com o intuito de subsidiar as reflexões em torno do tema e construir um entendimento das possibilidades da Educação Permanente em Saúde ser um dispositivo que gere um trabalho mais significativo para o trabalhador e mais resolutivo para o usuário.

Trata-se de pesquisa de cunho exploratório, que em síntese, conforme referencia Minayo (2004, p. 32) se caracteriza por “pesquisa bibliográfica disciplinada, crítica e ampla; [...] de articulação criativa, [...]; de humildade, ou seja, reconhecendo que todo conhecimento científico tem sempre um caráter aproximado [...] e provisório”.

Tais conceitos delineados pela mesma autora vêm colaborar com o entendimento de que este é um trabalho que propõe construir considerações sobre o tema proposto, servindo como exercício de reflexão e aprendizado, bem como um convite e uma manifestação da vontade de que o tema da Educação Permanente

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

em Saúde seja mais amplamente explorado e uma estratégia mais recorrente no cotidiano de trabalho.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PRÁTICAS DE SAÚDE APARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

A história do surgimento do SUS é marcada por movimentos democráticos vindos de várias esferas do social, na direção do que resguarda a Constituição Federal de 1988 - um sistema de saúde universal, integral, que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde, organizado em serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, cabendo destacar aqui, a prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Segundo Mattos (2009) o contexto social e político do surgimento do SUS, marcado pela crescente difusão do ideário neoliberal de redução da atuação do estado, no âmbito nacional e internacional, atuou como obstáculo político à consolidação dos ideários defendidos pelo movimento sanitário. Ainda assim, os avanços conquistados pelo SUS são evidentes, na medida em que traçam enfrentamentos a uma série de movimentos políticos que vão na contramão dos interesses do SUS.

Mattos (2009, p.772) ainda afirma que:

O SUS que foi se desenhando no concreto da vida dos brasileiros nem sempre correspondia (e corresponde) ao ideário do movimento sanitário, embora sejam inequívocos os avanços produzidos nesses vinte anos. Ao longo desse processo de luta, nem sempre os diversos princípios e diretrizes do SUS foram tratados com igual importância. Ao contrário, em cada conjuntura, certa hierarquia de importância se constituía entre eles, quer como reflexo da heterogeneidade dentro do movimento sanitário no que diz respeito à importância dada a este ou aquele princípio quer em decorrência das opções estratégicas diante de determinados obstáculos políticos.

Na conjuntura de surgimento do SUS, as práticas de saúde ainda não estavam no centro do debate; não eram reconhecidas enquanto potenciais produtoras de saúde/doença. A transformação referente a essas práticas não era tema em destaque. As fragilidades da assistência (má qualidade dos serviços, filas, etc.) eram atribuídas sumariamente à condição política daquele contexto, como a

mercantilização da medicina (e da doença), o capitalismo e as privatizações. O combate a essas fragilidades era vislumbrado mediante a mudança radical desta política, com base na democratização e participação popular. (MATTOS 2009).

Neste sentido, para o referido autor, a própria consolidação do SUS e suas diretrizes, travariam este combate. Naquele contexto, a formação dos profissionais de saúde e a racionalidade médica ainda não eram compreendidas como produtoras da má qualidade dos serviços prestados. “Em consequência, a transformação dessas práticas assistenciais não era vista como objeto de políticas de saúde, ou melhor, o tema da transformação das práticas de saúde não era central para as políticas de saúde que se desenhavam.” (MATTOS 2009. p. 773).

Segundo o mesmo autor, a partir do desenvolvimento de um SUS real, são reconhecidos no texto do Fórum da Reforma Sanitária em 2006, seus limites e suas contradições, principalmente diante de seus imperativos ético-políticos da universalidade, da humanização e da qualidade. Uma mudança radical das práticas de saúde e dos modos de organização dos serviços passa a ser fundamental, sob risco de se perder em meio a realidade concreta, o horizonte ético delineado pelo ideal do SUS. A crítica passou a ser não só direcionada aos determinantes sociais/históricos/políticos das práticas, como também aos fazeres locais, como evidencia o seguinte trecho extraído do texto da Reforma Sanitária em 2006:

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. (...) A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções. (Fórum da Reforma Sanitária, 2006 apud Mattos, 2009, p.773)

Ainda citando Mattos (2001) a integralidade enquanto princípio do SUS se encerra em três sentidos complementares, a saber: como atributo das práticas dos profissionais de saúde; como atributo dos modos de organizar os serviços de saúde, e como atributo das políticas de saúde. Sendo compreendida como uma recusa ao reducionismo e a fragmentação dos fenômenos humanos, sejam sociais ou subjetivos e se relaciona a um ideal de sociedade mais justa e mais solidária.

Neste diapasão Mattos (2009, p. 778) afirma que:

Independentemente de seus múltiplos sentidos, integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Nesse sentido, reconhecer que as práticas de cuidado

são necessariamente intersubjetivas, e que devem se pautar por uma perspectiva dialógica para a determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas.

No sentido de ser uma recusa à fragmentação do fenômeno humano que é em sua condição identitária, íntegro, complexo, multifacetado, multideterminado, a integralidade é um princípio que embasa o cuidado, na medida em que respeita a condição humana e considera, sobretudo, a interdependência da mente e do corpo, dos sentidos e sofrimentos dos usuários. A integralidade deve ser vista como condição que não depende do aval da equipe da saúde e nem da capacidade de considerá-la, mas que se não “aparecerem aos olhos” dos profissionais de saúde enquanto realidade concreta, as práticas de cuidado não se consolidam de fato. (MATTOS, 2009).

Os modos de organizar os serviços de saúde, seus arranjos e suas práticas, segundo Mattos (2009) são espaços onde o princípio da integralidade deve servir como eixo norteador e pode ser analisado nas práticas de cuidado, já que a burocratização e a fragmentação da atenção operam como produtoras de sofrimento. “Sobre isso, cabe registrar que conhecemos ainda muito pouco sobre o sofrimento provocado por nossas práticas de cuidado e pelos nossos arranjos dessas práticas.” (MATTOS, 2009, p.779).

Dentro desta ótica, a transformação das práticas de cuidado, e dos processos de trabalho, além de construir um SUS mais humano e efetivo, contribui politicamente para a sustentabilidade do SUS, na medida em que oferece uma resposta ao sofrimento e um tratamento digno, produzindo apoio político e fortalecendo uma imagem positiva em relação à coexistência do setor privado de saúde suplementar. (MATTOS, 2009)

2.2 - O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho como atividade humana é ato que transforma natureza, matéria bruta, em cultura, gerando significado e construindo subjetividade. Em qualquer modo de produção ou tarefa humana, existe em maior ou menor grau “transferência de subjetividade ao produto”, ou seja, o produto criado tem algo de seu

criador/produtor, criando representações de si mesmo e imprimindo no mundo algo de si. (CODO, SAMPAIO, & HITOMI, 1994).

Neste sentido, o trabalho humano é ação geradora de afeto, de prazer e dor, satisfação e desgosto, que, ao imprimir subjetividade no mundo, ao mesmo tempo e em processo interdependente, é agente produtora de subjetividades. “Quando trabalhamos em condições gratificantes, gostamos do produto realizado, alguns até se apaixonam por ele, como os escritores, por exemplo. Mas quando trabalhamos subjugados, subjugados, imprimimos raiva ao produto.” (CODO, SAMPAIO, & HITOMI, 1994, p. 124).

Por meio de seu trabalho, e desta representação de si no mundo, (produto do trabalho), o trabalhador produz as condições de sua existência e de sua consciência. Quando é retirado do trabalhador qualquer possibilidade de autonomia na produção de seu trabalho, esse processo é potencial gerador de sofrimento que se engendra na falta de sentido daquela ação. (CODO, SAMPAIO, & HITOMI, 1994).

Codo, Sampaio, & Hitomi (1994) tecem uma crítica aos modos de trabalho que, obedecendo ao sistema capitalista, fragmentam o processo e buscam a todo custo à separação entre sujeito e objeto ou produto construído, podendo ser os mesmos desvelados a partir dos seguintes trechos:

“A bancada de um operário, a mesa de um digitador ou a bateria de caixas de um banco, são quase tão empobrecidas do ponto de vista das marcas afetivas quanto às instituições totais descritas por Goffman (1974), aqui também, vez por outra, os uniformes despem o trabalhador dos seus "estojos de identidade", o melhor trabalho é o que se torna capaz de eliminar a marca pessoal do trabalhador: o gesto perdeu o estilo”. (CODO, SAMPAIO, & HITOMI, 1994, p. 128).

Face ao explicitado, os autores demonstram que quando os processos de trabalho se configuram sem a participação mínima de subjetividade, de forma autoritária, automatizada e burocrática, operam uma ruptura entre o afeto e o trabalho, tornando-o insuportável ao trabalhador, de modo que este constrói meios de ressignificação e reafetivação em pequenas e estratégicas doses de afeto nas relações interpessoais, em momentos informais, em fotografias de família sob a mesa de trabalho, e nas lacunas onde seja possível burlar regras e imprimir personalidade. (CODO, SAMPAIO, & HITOMI, 1994).

Dentro desta ótica, o afeto é peça motriz da produção do sentido do trabalho realizado. Ou seja, para o trabalhador, é essencial produzir o sentido do que faz,

para que seu trabalho não seja fonte de falta de motivação e sofrimento. (CODO, SAMPAIO, & HITOMI, 1994).

Se em termos gerais, o trabalho humano, mesmo quando destituído de espaços oficiais de subjetividade e afeto, em nome de uma certa sobrevivência de humanidade, busca meios de se subjetivar e procurar significado, o trabalho em saúde, diante de suas características, é (ou deveria ser) espaço de subjetivação por excelência.

Seguindo o mesmo sentido, Merhy e Franco (2005) consideram que o trabalho em saúde tem como principal referencial simbólico o ato de cuidar da vida e do outro, tomando como objeto central a produção e defesa da vida e focando nas necessidades dos usuários e coletividades.

Dentro desta ótica, o produto do trabalho em saúde, (aquele que imprime a subjetividade do trabalhador no mundo), são os “atos de saúde” (procedimentos, acolhimentos, tecnologias), que tem potencial de intervir em “problemas de saúde” com variados graus de resolutividade e impacto sobre estes, desta forma, os atos de saúde podem, ou não, ser resolutivos de acordo com as necessidades dos usuários. (MERHY, 1998)

O ato de saúde que impacta positivamente nas necessidades de saúde dos usuários, segundo Merhy (1998), está condicionado ao foco central no usuário e não no procedimento (usuário-centrado X procedimento-centrado). “Enquanto usuários, podemos ser operados, examinados, sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos.” (MERHY, 1998, p.3). O autor ainda aponta que, nos serviços de Saúde no Brasil, não é incomum os procedimentos assumirem lugar de ponto final, ou atividade fim, em formas de diagnósticos, consultas, em detrimento das necessidades reais dos usuários.

Merhy (1998) chama a atenção para as tecnologias envolvidas nos procedimentos de trabalho em saúde e destaca como tecnologia os modos subjetivos de pensar os problemas de saúde:

“(…) mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem ou do psicólogo, etc., o que nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está sempre presente nas atividades de Saúde, a qual denominamos leve-dura. É leve um saber que as pessoas adquirem e está inscrito na sua forma de pensar os casos de Saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é

um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. (MERHY, 1998, p. 3).

O autor defende que toda e qualquer abordagem de um trabalhador de Saúde direcionada a um usuário é uma tecnologia (leve) que, por meio de uma relação intersubjetiva de falas, escutas, acolhimento, cooresponsabilização, é potencialmente produtora de saúde, vínculo e cuidado. Sobre as três tecnologias, leve, leve dura e dura, o autor considera que “só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema.” (MERHY, 1998, p.3).

Desta forma, observa-se que o trabalhador de saúde, sua subjetividade e consciência, são instrumentos de trabalho indispensáveis para o cuidado e para atos efetivamente produtores de saúde.

Esta condição necessária ao cuidado efetivo, vem de encontro à realidade de burocratização e fragmentação que Ceccim (2005) argumenta ser tradicional no setor saúde e que torna mecânico um processo de trabalho que para ser efetivo, necessita de implicação do sujeito trabalhador.

2.3 - O TRABALHADOR DE SAÚDE

Tendo em vista que o trabalho em saúde é permeado por uma determinada relação intersubjetiva, onde o próprio trabalhador opera como instrumento, é profícuo fazer aqui um levantamento da literatura disponível que aborda conceitos e entendimentos sobre o trabalhador de saúde.

Cecilio (2007) chama a atenção para o termo “recursos humanos” empregado nas teorias de administração tradicionais, por reduzir o trabalhador, por meio de atribuições rígidas de papéis, a um simples repetidor de tarefas, como se não tivesse capacidade criativa e até mesmo, como se fosse um “recurso” como qualquer outro dentro da empresa (financeiro, material, etc.).

O autor traz à luz da discussão o conceito de “trabalhador moral”, que como uma utopia, domina o imaginário dos gestores e planta a ideia de um trabalhador que “fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários.” (CECILIO, 2007, p. 345).

A partir das considerações acima, o autor critica a crença de que o trabalhador de saúde vai aderir de forma automática aos programas conduzidos pela gestão, por melhor que eles sejam, simplesmente por serem programas e metodologias bem pensados e necessários, mas, principalmente, parece criticar também, a pretensão de controle sobre a subjetividade dos trabalhadores, pretensão esta construída sobre a sólida base da teoria da administração tradicional.

Cecílio (2007, p. 346) explicita em seus pressupostos que:

O trabalhador moral seria, assim, um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais. Vistos atentamente, o homem funcional e o trabalhador moral quase se equivalem.

Neste sentido, o autor afirma que existe um espaço de liberdade e autonomia do trabalhador de saúde, onde ele produz, na relação com o meio, seus próprios conceitos, valores e concepções sobre o que é saúde e como o trabalho em saúde deve ser realizado e esses valores e concepções, vão direcionar, em maior ou menor grau, as condutas e fazeres dos trabalhadores no cotidiano de trabalho.

Essa liberdade, segundo Cecilio (2007), os gestores julgam poder “dominar”, ou até mesmo ignoram. “O trabalhador moral/funcional seria, exatamente, aquele trabalhador cuja margem de liberdade, entre cadeias e espadas, se pensa ser possível expropriar.” O autor argumenta sobre a necessidade de os gestores terem o cuidado ético de não tentar desapropriar ou capturar essa liberdade dos trabalhadores, por meio de condutas e políticas prescritivas, sem o respeito ao “trabalho em ato”, que é conduzido por um sujeito trabalhador que detêm, invariavelmente, algum nível inegociável de liberdade de agir.

Por essa razão penso que o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muitos prescritivos de se fazer a gestão. Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar. Talvez o mais difícil seja não pretender penetrar nesse mundo já armado com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções “democratizantes”, e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto. Penso, cada vez mais, que interrogar é o “método”. (CECILIO, 2007, p. 348).

Cecílio (2007) defende uma metodologia dialógica na construção de novas práticas de trabalho que respeite a existência de sujeitos ativos e se utilize de espaços de reflexão e construção coletiva de novos fazeres.

Na mesma direção, Franco (2007), aponta que esta metodologia impositiva de transferência de conhecimento tem sido utilizada baseada na concepção de insuficiência do trabalhador e do cotidiano de trabalho enquanto produtor de experiências ricas e importantes na construção de saberes e práticas.

A ideia geral de insuficiência dos trabalhadores, colocando-os como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva, gerou propostas educacionais tais como as embutidas na ideia da “educação continuada”, onde a continuidade da “transferência de conhecimento” é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde. (FRANCO, 2007, p.429).

A ideia de “Educação Continuada” toma como base um trabalhador e contexto de trabalho “vazio” a serem preenchidos e investe na transferência de conhecimento que captura a subjetividade e a capacidade criativa do trabalhador.

Franco (2007) ressalta o cuidado imprescindível em não levar conhecimento pronto e sistematizado a ser “aplicado” mecanicamente no contexto de trabalho, e sim provocar a produção deste conhecimento permeada por elementos construídos a partir do próprio contexto local.

Dentro desta ótica Cecílio (2007, p. 358) afirma que “trata-se, então, com atores em ação, de criar e operar novas categorias e conceitos, que façam sentido para suas práticas, com base nessas práticas, num sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde.”

2.4 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os ideais fundantes do conceito de Educação Permanente em Saúde são desdobramentos de alguns movimentos nacionais e internacionais, ocorridos nos anos 1970-1980, citando o Movimento Institucionalista em Educação, que propunha substituir a noção da administração de recursos humanos pelo entendimento de coletivos de produção e a criação de espaços de trocas e discussões nos ambientes de trabalho. Mudanças importantes na atenção em saúde, trouxeram aproximação com os pensamentos de Paulo Freire e foram também constituintes neste processo. (CECCIM, 2005)

Conforme referencia Ceccim (2005, p. 161) Educação Permanente em Saúde tem por definição:

“O processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.”

A Educação Permanente em Saúde busca criar espaços que problematizem o cotidiano de trabalho e promovam reflexões e construções coletivas de novas estratégias de gestão do trabalho. Foi instituída como Política do Sistema único de Saúde pela primeira vez em 2003, pelo Departamento de gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, criando, na ocasião, os Polos de Educação Permanente em Saúde e com isso, gerando uma gestão descentralizada com base locorregional. (CECCIM, 2005).

O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS), em 2003. O ineditismo indiscutível se fez pela formulação concreta de uma *política de educação na saúde* (termo inexistente até então), superando a *programação da capa citação e atualização de recursos humanos*. (CECCIM, 2005, p.976).

A Educação Permanente instituída como política do SUS, segundo Ceccim (2005) emergiu do desafio de que o setor saúde correspondesse às necessidades de saúde da população, como estratégia de enfrentamento a fragmentação dos serviços e do trabalho das equipes, forjando profissionais que tenham compromissos com sua atuação e alteridade em relação aos usuários.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde publicou documento⁵ reconhecendo a educação como instrumento potente para afinar a relação entre a formação profissional e os princípios e diretrizes do SUS na atuação dos profissionais de saúde, assumindo como desafio superar a prevalência da educação continuada, a

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

lógica da compra e do pagamento de procedimentos educacionais orientados pela oferta de serviços que, frequentemente, não correspondem às necessidades organizacionais.

Neste sentido a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014 reafirma os princípios e as diretrizes da Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério da Saúde e aposta no fortalecimento da Educação Permanente como norteadora de práticas surgidas nas equipes e nos contextos de trabalho, que tenham como objeto de análise os próprios processos de trabalho e como método a reflexão problematizadora, gerando processos de aprendizagem significativa (que faça sentido para o trabalhador, a partir de seu próprio mundo) e colaborativa e desencadeando uma “visão do todo, de interdependência entre as profissões de saúde”.

O texto recente do Ministério da Saúde (2014, p.8) levanta dados importantes acerca da realidade do SUS no que tange aos processos de trabalho:

Um diagnóstico frequentemente realizado aponta que a gestão dos processos de trabalho no SUS ainda guarda grande centralidade, fragmentação e hierarquização, contribuindo para a baixa responsabilização dos trabalhadores pelos resultados alcançados. No Ministério da Saúde, em particular, a tradição institucional aliada à alta complexidade dos processos de trabalho, a rotatividade político administrativa e o distanciamento do objeto finalístico (usuários/território) impõem dificuldades para que o trabalhador do MS assuma o protagonismo e construa sentido e significado para o seu trabalho.

O mesmo documento aponta a Educação Permanente em Saúde (EPS) como potente instrumento para diminuição da alienação e burocratização nos processos de trabalho, bem como ampliação da capacidade reflexiva dos trabalhadores, melhorando autoestima e proporcionando a coresponsabilização e responsabilidade profissional da equipe.

Ceccim (2005) defende que para fomentar uma EPS ativa, o trabalhador deve desaprender e reaprender em processo contínuo de construção de subjetividade, superando aprendizagens meramente técnicas e superficiais, para imprimir na subjetividade, determinadas práticas, conceitos e fazeres necessários às especificidades do cotidiano de trabalho em saúde.

Para tal o autor afirma que:

“Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e

medicalizadora). Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. (CECCIM, 2005, p. 167)

Este deslocamento nos padrões hegemônicos de subjetividades que aponta Ceccim, (2005) é um dos desafios mais caros da EPS, já que é no nível das subjetividades que se constroem as mudanças de paradigmas, traduzida em conceitos, valores e práticas dos sujeitos trabalhadores de saúde.

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da revisão da literatura produzida aqui, pode-se compreender que problematizações e questionamentos acerca das práticas de saúde são recentes na história de um SUS ainda em plena construção. Modificar práticas de cuidado calçadas na fragmentação e burocratização historicamente entranhadas nos sistemas e valores sócio/culturais, não parece ser tarefa simples, tampouco possível de ser concluída a curto prazo, sobretudo em consideração às forças e movimentos políticos contrários ao fortalecimento do SUS.

A burocratização e fragmentação dos serviços faz com que o trabalhador não tenha noção do todo e perca o sentido do trabalho que realiza, gerando sofrimento e adoecimento ao próprio trabalhador em saúde. Tudo aquilo que desumaniza o ser humano e seus fenômenos é potencial gerador de sofrimento. Sem produzir o sentido daquilo que faz, o trabalhador perde ou não constrói seu poder na relação com o usuário e deixa de ser o instrumento de cuidado que lhe cabe em sua profissão.

Fragmentar é descontextualizar e descaracterizar o processo, fazendo com que as práticas de trabalho sejam isoladas e por vezes desconexas.

A burocratização também opera sobre a hierarquização e engendra relações impessoais e de subordinação, comprometendo a autonomia e a criatividade dos trabalhadores.

Já a impessoalidade pressupõe uma não implicação da consciência, ou um nível insuficiente de consciência de si, escondida por de traz do desempenho burocrático de papéis cristalizados.

A atividade mecanizada sequestra a consciência reflexiva e com ela a ética. O sujeito ético, é um sujeito consciente. Para iluminar a reflexão em torno destes temas, é profícuo trazer aqui o conceito de ética abordada por Rios (2006):

A ética consiste exatamente numa atitude crítica, um esforço de reflexão sobre os valores que orientam as ações e as relações dos indivíduos em sociedade. Enquanto a moral é sempre normativa, apontando o que devemos e o que não devemos fazer, a ética tem um caráter reflexivo, isto é, indaga por que devemos ou não agir do modo como nos é imposto. Mais ainda, procura trazer referências mais amplas para esse agir. (Rios, 2006, p.82).

Este conceito vem esclarecer que um processo de trabalho acrítico e automático, no qual ordens e regras são construídas verticalmente e não podem ser questionadas; no qual os processos de trabalho são mecânicos e pessoas são tratadas como objetos, destituídas de sua condição humana, não ocorre aí a presença da ética.

Quando a moral vigente, em forma de práticas e condutas hegemônicas cotidianas, vem impor suas regras sem que elas sejam questionadas, institui-se um processo de trabalho antiético.

Quando a moral diz: “É para o seu bem”, a ética alerta que é preciso adjetivar o bem, falar em bem comum, não desta ou daquela comunidade, desta ou daquela sociedade, desta ou daquela instituição, mas dos seres humanos, dos sujeitos que estão em relação uns com os outros e devem ser considerados em sua humanidade. É justamente porque recorremos à ética que temos possibilidade de transformar a moral. Se a moral nos responde que devemos agir de certo modo porque é para nosso bem, a ética nos alerta, criticamente, que é preciso agir para realizar o bem de todos e de cada um. (Rios, 2006, p.82).

A falta de reflexão nos processos de trabalho e nas práticas de cuidado, engendram atos de saúde centrados nos procedimentos e não nos usuários. Centrar-se no outro, em suas expectativas e necessidades, acolher o sofrimento é tecnologia (leve) em saúde, que tem potencial de gerar saúde e demanda uma atitude ética imprescindível para sua existência. De acordo com Rios (2006) o exercício da alteridade é ético por si só:

Quando deixo de tratar o outro como alter, aquele que me constitui, estou considerando-o como alienus, alheio, o que não tem a ver comigo. Instala-se, então, a alienação no social. Ao lado da alienação do trabalho, da alienação econômica de que falava Marx de maneira tão assertiva, há uma alienação de caráter ético, que se traduz pelo não reconhecimento do outro, o desrespeito à diferença e, portanto, a impossibilidade do diálogo, da solidariedade, da justiça. (Rios, 2006, p. 83)

Desta forma, pensar em cuidado efetivo, que leve em consideração a alteridade do usuário, não pode ser conseguido por outro caminho que não seja a quebra da burocratização, da fragmentação e do trabalho destituído de sentido.

Diante de um trabalho em saúde no qual o cuidado e a implicação do trabalhador opera como instrumento de trabalho; diante de um trabalhador que precisa estar implicado, consciente, presente, autônomo, não se pode pensar em outro método que não seja um método dinâmico que institua movimento e autonomia no processo de produção do trabalho e no processo de formação.

A educação Permanente em Saúde vem dar subsídios para que se cumpra essa tarefa, na medida em que se apresenta como uma metodologia fluida, que respeita as disposições específicas de cada contexto, e se mostra alternativa condizente com a construção de um trabalho ativo, eficiente, ético e saudável, para usuário e trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 278, de 27 de Fevereiro de 2014** Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):975-986, 2005.

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

CECILIO, L.C.O. **O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito**. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

CODO, W., SAMPAIO, J. & HITOMI, A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis:Vozes, 2ª edição, 1994.

FRANCO, T.B. & MERHY, E. E. **Trabalho em Saúde**. EPJV / FIOCRUZ. NOVEMBRO DE 2005.

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

MATTOS, R.A. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. v.13, supl.1, p.771-80, 2009

_____. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da Saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. in: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

RIOS, T. A. **A Ética na Pesquisa e a Epistemologia do Pesquisador.** Psicologia em Revista - Belo Horizonte - v. 12 - n. 19 - p. 80-87 - jun. 2006.