

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**SAÚDE DA CRIANÇA E FORMAÇÃO NO TRABALHO
A PRÁTICA COMO E COM SABER**

Maria de Fátima Lobato Tavares

Orientadoras:

**Profa. Dra. Keyla Belizia Feldman
Marzochi (ENSP / FIOCRUZ)**

**Profa. Dra. Marisa Ramos Barbieri (USP /
RP)**

Rio de Janeiro, novembro de 1998

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

T231f Tavares, Maria de Fátima Lobato
Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber. / Maria de Fátima Lobato Tavares. — Rio de Janeiro: s. n., 1998.
p., tab., graf., map.

Orientador: Marzochi, Keyla Belizia Feldmann
Barbieri, Marisa Ramos

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Saúde materno-infantil. 2. Educação contínua. 3. Formação no trabalho. 4. Pessoal de saúde-educação. 5. Centros de saúde.

CDD-20.ed.-362.7

À memória de **Praxedes Lobato**, minha avó

A **Durval** e **Terezinha**, meus pais

A **Eduardo** e **Guilherme**, meus filhos

Agradecimentos e / ou A História de uma Tese

Eis que chegou o momento de expressar sinceros agradecimentos a muitos e tantos adorados familiares e amigos – tanto aos ‘velhos’ e queridos quanto aos que se revelaram ao longo desse tempo.

Bem sei que corro o risco de não dar conta desse ‘muitíssimo obrigado’ como é merecido, porque será difícil exprimir a beleza que foi esse movimento de energias e impulsos que foram chegando. Por tudo isso destaca-se também, para além da mera formalidade, *um sentido*: o da formação de uma verdadeira rede de solidariedade e de muito, muito afeto.

Para maior percepção desse *sentido* devo contar que esta não foi uma caminhada breve, mas uma travessia que parecia sem fim, principalmente pelas intercorrências pessoais de toda ordem, que me atropelaram. Esses percalços, longe de obscurecerem o trajeto, aumentaram-lhe o brilho. E, ao invés de me deterem, impulsionaram-me com mais força.

Se o desafio era enorme, as motivações eram grandiosas, somadas às espontâneas generosidades que fizeram possível a transformação de instantâneos momentos de angústia e sofrimento em uma estrada larga, margeada de flores, frutos e frondosas árvores! Uma estrada toda verde – repleta de cheiros, cores, e sons – cujo nome é *esperança* e cuja base é a busca de saberes, representada por um “feixe de possíveis”, na direção de atenção mais integral à promoção da saúde das crianças a partir da formação no trabalho.

Talvez esta tese seja o resultado mais visível desse processo de construção em meio a uma conjuração de afetos e amizades. Dessa forma, dando continuidade à história, dedico algumas palavras àqueles que dela fazem parte direta ou indiretamente ou, ainda, pelo fato de simplesmente existirem.

- À minha avó de saudosa memória, Praxedes Lobato, que me falava – com seu ‘saber da sabedoria’ – que “a roda do tempo não volta para trás”, ensinando-me a coragem de prosseguir, fazendo o melhor possível, porque, como dizia, “tudo o que foi, é e foi, será como for”.
- A meus pais, Durval e Terezinha, os mais profundos agradecimentos por suas sábias lições de esperança; sempre repetindo palavras essenciais – como, por exemplo, amor, crença, compreensão, alegria – infundiram-me a confiança necessária para realizar os meus sonhos.
- A meus filhos, Eduardo e Guilherme, que trazem tanta luz e gosto para minha vida, um amor especial. Vocês são a lição mais profunda que vivi de ética, dignidade e amor... Saudáveis adolescentes naquele começo do Curso, da mesma forma que hoje, já no início da adultice, ambos souberam compreender todas as minhas buscas – as existenciais e as teóricas – sendo atentos, ternos, poemas.
- À Bette, misto de tia e de referência profissional, de cuja defesa do saber popular retirei sempre as pontes de comunicação com o outro no cotidiano com as crianças e suas famílias. Sou imensamente grata por tal apoio e afeto.
- À outra parte da querida família, tanto a que fica lá na Ilha de São Luís quanto à carinhosa Kika com seu pequeno João Vítor, com pouso no Planalto Central, e aos nossos outros lindos (re)começos, os ‘pequenos-grandinhos’ –

Felipe, Laís, João Afonso, Clóvis Júnior – meu muito obrigada pela compreensão quanto ao afastamento e ausência em momentos especiais. Mesmo à distância fizeram chegar, de diversas formas, seus incentivos e carinhoso cuidado.

- À Fátima que, com tanta competência, vem-me conduzindo aos caminhos da harmonia.
- À Marisa Ramos Barbieri, na qualidade de amiga e orientadora, os tantos e inesquecíveis diálogos, a hospitalidade nas várias estadas em Ribeirão Preto – desde o acesso ao Laboratório de Ensino das Ciências (LEC) até a intimidade de sua linda família. Sou inteiramente grata por essa orientação que ultrapassa a tese, bem como o imenso carinho nos momentos de dificuldade e de dor. Agradeço, sobretudo, o privilégio de haver trabalhado em um tema para o qual você tanto vem contribuindo, seja nas aulas no LEC, em contato com seus alunos, seja nos registros que só agora tem divulgado mais.
- À Professora Keyla Belizia Feldmann Marzochi agradeço profundamente por ter assumido a orientação desta tese em um tema absolutamente novo para a pós-graduação da ENSP, tendo-me brindado com importante colaboração na discussão do trabalho, dosando as críticas com comentários de incentivo.
- Ao Professor Marco Antônio Barbieri sou imensamente grata pelo incentivo e fortalecimento através da leitura atenta dos vários ‘manuscritos’. Não apenas valorizo os comentários e observações críticas a respeito do texto e as ricas lições sobre saúde da criança, mas também sua amizade. Você é desses indispensáveis.
- À Professora Célia Pezzollo de Carvalho meus agradecimentos por sua permanente solicitude em todas as fases do projeto, bem como pelo cuidado e diligência na busca e verificação das referências.
- À Professora Zulmira de Araujo Hartz agradeço as ricas sugestões a esse trabalho, assim como sua compreensão, que muito me ajudaram a superar as situações-limite de prazo, estimulando-me a seguir em frente. No que concerne a esse último aspecto, quero agradecer também a contribuição, em alegria e afeto, de Lília Vicentim quando à frente da secretaria da Pós-Graduação, por ter tornado mais leve aquela fase.
- Ao Professor José Roberto Ferreira, meus agradecimentos pela disposição para discutir o projeto, bem como por seus questionamentos e contribuições na etapa da qualificação.
- Às Professoras Maria Helena Machado e Maria Inês Bravo, que na etapa da banca prévia muito contribuíram para esta forma final da tese.
- Devo agradecer também à Professora Maria Elisabeth Lopes Moreira, que me deu seu incentivo em momentos diversos e de forma incondicional, contribuindo para esta concretização.
- Ao Professor Paulo Marchiori Buss agradeço de modo particular as referências que me encaminhou, assim como a paciência e compreensão nas vezes em que necessitei isolar-me, retardando algumas respostas a suas demandas referentes ao Centro de Saúde; para além destas qualidades, a amizade, o apoio e confiança com que me brindou.
- À Professora Célia Leitão Ramos, amiga de todas as horas, pela sensibilidade e ‘ocasionais perplexidades’ dispensadas aos nossos diálogos à beira-mar,

entendendo e estimulando meus anseios, sou imensamente agradecida por tanta generosidade e carinho.

- Sou profundamente grata à amiga Leila Adesse, pela indescritível solidariedade e afeto inestimável, que se traduziram sempre em entusiasmadas respostas, continuado estímulo e valiosa parceria, antes circunscrita aos questionamentos existenciais e teóricos nas longas e cúmplices conversas, hoje materializada no aprender-fazer do cotidiano na busca da construção de um futuro no tempo presente que a função gerencial no Centro de Saúde Escola nos coloca.
- Às também companheiras dessa aventura singular no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Maria Cristina Botelho de Figueiredo e Else Barthold Gribel, agradeço, com muito afeto, a disposição e responsabilidade com que se prestaram a dividir o peso das decisões nas competentes substituições de minha chefia. Sou-lhes igualmente grata pela arte com que fizeram os mapas, bem como as análises dos dados descritivos sobre a área geográfica do Centro de Saúde Escola, os quais ajudam a ver melhor as relações espaciais desse lugar de saúde e formação.
- Aos companheiros de trabalho do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, pela cobertura, direta ou indireta, que me deram nessa longa travessia, assim como pela confiança e compreensão que culminou em minha eleição para a chefia. Devo dizer-lhes que aprendi com vocês a generosa solidariedade e o carinho desprendido. Por tudo, agradeço-lhes individualmente, bem como na pessoa de Antônio Sérgio de Almeida Fonseca, que durante toda sua gestão valorizou minha contribuição como participante da equipe, ao mesmo tempo em que me permitia seguir o caminho escolhido. Não poderia deixar de mencionar meus estagiários, Marcelo e Margareth, que souberam tornar meu cotidiano mais leve graças ao entusiasmo e à boa vontade.
- Agradeço afetosamente à amiga Esther Lemos Zaborowski por seus esforços em trazer-me para o Centro de Saúde Escola, pelo incentivo que sempre dedicou às minhas empreitadas e pela atenção zelosa comigo e com o término da tese.
- Aos colegas de turma agradeço nas pessoas de Carlos, João, Otilio e Tânia Celeste o convívio, solidariedade e amizade compartilhadas todo esse tempo. A Tânia, em especial, por seu companheirismo e carinho, cuidando para que eu não me ‘perdesse’ nos prazos.
- A Monireh, o carinho e o reconhecimento para além do belo trabalho de versão competente, da mesma forma que a prestimosa e indispensável colaboração em muitos momentos ao longo desse período.
- Ao Álvaro Leme, que me ensinou a comunicação através de imagens, sou imensamente grata pelas sugestões e idéias valiosas.
- À Professora Eliana Granja, que consegue ler tão bem quanto escreve, meu agradecimento especial pelo rigor da revisão, arte final e enorme paciência com minhas ‘idas’ e ‘vindas’.
- Ao Professor Raimundo Antônio da Silva, um grande amigo ‘ilhéu’ que me fez compreender a singeleza e energia do que é ser um (a) ‘ilhéu’ e que me apoiou incondicionalmente, incentivando-me a prosseguir e contagiando-me com seu entusiasmo e afeto.

- Às amigas Terezinha, Teniza e Rita, sempre tão dedicadas e preocupadas comigo e com a tese. Com certeza, amigas; sem essa cumplicidade e carinho teria sido mais difícil. Meu muitíssimo obrigado pelas múltiplas e inestimáveis contribuições.
- Às mães que participaram com muita disposição desse trabalho e que continuam me ajudando com seus saberes e experiências a construir, no dia a dia desse Serviço, um ambiente mais favorável a saúde.
- Às Professoras das Escolas da área de Manguinhos e aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde, o meu muito obrigado pela compreensão dos objetivos desse estudo e competente participação nos distintos grupos focais.
- Aos Professores da Escola Nacional de Saúde Pública meu reconhecimento à disponibilidade com que atenderam à solicitação de compor um grupo focal, aliada à valiosa contribuição pela força de suas observações e sugestões.
- Aos Professores do Mestrado em Saúde da Criança, pela possibilidade do (re)encontro com a garra e o idealismo que tornaram possível à Academia e à prática, esse novo olhar sobre a criança e sua saúde, bem como pelas atuais trocas enriquecedoras com que me brindaram e que, certamente, são ‘ventos a favor’.
- Aos Trabalhadores do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria que fizeram parte do grupo entrevistado no papel de atores e autores, um agradecimento especial pela acolhida e sincera solicitude, bem como pelo muito que me ensinaram na rica contribuição sobre suas práticas e a produção do saber para a promoção da saúde das crianças.

Há muito mais a quem agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com seus inestimáveis apoios em distintos momentos e por suas presenças afetivas em inesquecíveis *antropological blues*, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigado!

Todos vocês são co-autores deste trabalho.

Uma educação que possibilite ao homem a discussão corajosa de sua problemática. De sua inserção nesta problemática. Que o coloca em diálogo constante com o outro. Que o predispõe a constantes revisões. À análise crítica de seus 'olhados'. A uma certa rebeldia no sentido mais humano da expressão. Que o identifique com métodos e processos científicos.

PAULO FREIRE

Resumo

Procurou-se avaliar neste estudo se existe formação no trabalho, bem como de que maneira este se desenvolve no cotidiano da atuação multiprofissional, por meio das ações dos trabalhadores de saúde que lidam com a problemática saúde / doença da criança no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP / FIOCRUZ.

Definiu-se, como metodologia, a investigação qualitativa, que teve como eixo o sentido atribuído pelos trabalhadores aos seus saberes e experiências considerados nas relações que estabelecem entre si, o Serviço e suas 'crianças de referência'. Compôs-se a técnica da TRIANGULAÇÃO, que tem por finalidade a visualização mais abrangente do objeto de pesquisa através da multiplicidade de abordagens. Foram utilizados como instrumentos metodológicos: entrevistas semi-estruturadas de trabalhadores do CSEGSF, associadas à pesquisa e análise documental, aos grupos focais, à observação participante dos entrevistados e dos grupos focais e às entrevistas abertas com professores fundadores do Mestrado em Saúde da Criança / IFF / FIOCRUZ.

A articulação analítica dos dados mostrou o contraste entre o material empírico, as teorias e os documentos oficiais sobre o assunto. Os principais resultados evidenciam a importância de tutoria / assessoria, isto é, de formação de formadores para que haja a condução do processo em um *continuum*.

Por sua vez, os trabalhadores identificaram a rede de saberes, mais especificamente o saber educacional que emerge do cotidiano de suas ações no *locus* de trabalho, que permanece especulativo em razão de não se produzir a transformação do espaço dito virtual desse saber em espaço real e interprofissional de rotina para seu desenvolvimento, avaliação e transmissão.

A análise do CSEGSF nesse estudo conduziu a uma percepção de suas potencialidades como espaço de relações de trabalho e de formação na medida de sua integração / articulação – em uma rede – com a comunidade de referência e seu ambiente, a mediação estratégica com o poder público local, como base para a intersetorialidade, e a construção compartilhada de conhecimentos dentro do CSEGSF e com outros setores da ENSP e da FIOCRUZ como política institucional e gerencial.

Summary

The objective of this study is to evaluate the attainment of qualification at work, as well as the manner that this develops during multi-professional daily activities. This evaluation was carried out by studying the actions of the health professionals who deal with the problem of health and disease of children at the Germano Silval Faria Health Centre at ENSP/FIOCRUZ.

The methodology chosen is based on qualitative investigation which has as its bases the attribution by the works of their knowledge and their experiences considering the relationship that are established between themselves, the service and the children. The technique of TRIANGULATION which has as its objective a more complete visualisation through multiple approaches was used. Semi-structured interviews which workers from CSEGSF were used associated with research and documental analysis, focal groups as well as observation of interviewees and focal groups and open interviews with founding professors of the masters program in child health IFF/FIOCRUZ.

The analytic articulation of the data showed the contrast among the empirical material, the theories and the official documents on the subject. The main results showed the importance of tutorial attendant, in other words, their vital formation for the conduction of the process in a continuum.

The workers identified the chain of their knowledge, more specifically the educational knowledge that emerges from daily action in the place of the work, that stays speculative by the reason of not producing the transformation of virtual space of the knowledge, into real space and inter-professional routine for their development, evaluation and transmission.

The analysis of CSEGSF in this study leads to a perception of its potentialities a space for work relationship and for formation as a measure of its integration/articulation – in a net with a reference community and its atmosphere, the strategic mediation with the local authority, based on the intersectoriality, and the local shared construction of knowledge inside CSEGSF and other sectors of ENSP and FIOCRUZ as institutional and managerial policy.

Sumário

| | |
|-------------------------|------|
| Lista de Anexos | xi |
| Lista de Figuras | xii |
| Lista de Gráficos | xiii |
| Lista de Mapas | xiv |
| Lista de Quadros | xv |
| Lista de Siglas | xvi |

| | |
|---------------------------|----------|
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| O Problema | 1 |

PARTE I

| | |
|---|-----------|
| 1. NOTAS INTRODUTÓRIAS | 14 |
| 1.1 O Contexto | 14 |
| 1.2 Justificativa | 21 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 26 |
| 2.1 Apresentação | 26 |
| 2.2 Trabalho e Educação | 26 |
| 2.3 Formação Continuada em Saúde – uma questão educacional | 33 |
| 2.4 Reflexão Educacional: referência para a formação continuada | 40 |
| 2.5 Trabalho para a Promoção da Saúde da Criança | 44 |
| 3. METODOLOGIA | 59 |
| 3.1 Apresentação | 59 |
| 3.2 O Método | 59 |
| 3.3 O Trabalho de Investigação | 65 |

PARTE II

| | |
|---|------------|
| APRESENTAÇÃO | 72 |
| 4. REPRESENTAÇÕES DE SI: PROFISSÃO E CARREIRA | 76 |
| 4.1 Na Profissão, uma Identidade de Existência | 76 |
| 4.2 Condição de Trabalhador | 88 |
| 5. CSEGSF: LOCUS DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E FORMAÇÃO | 96 |
| 5.1 Resgatando Princípios e História | 96 |
| 5.2 Paisagem e Vida no Território-Área | 99 |
| 5.3 Dimensão Singular de Espaço | 108 |
| 5.4 Saber das Relações no Conhecimento do Espaço, das Crianças e de Si | 113 |
| 5.5 Possibilidades do Contexto preexistente | 119 |
| 5.6 (Re)Invenção do Saber-Fazer no Contexto Atual | 123 |
| 6. O TRABALHADOR DE SAÚDE COMO CONSTRUTOR DO SABER | 131 |
| 6.1 Saber da ‘Sabedoria’ | 136 |
| 6.2 Construção do Processo Educacional / Necessidades Formativas | 138 |
| 6.3 Marco de Referência para as Necessidades | 144 |
| CONSIDERAÇÕES | 150 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 157 |
| ANEXOS | 172 |

Lista de Anexos

| | |
|---|-----|
| ANEXO 1 – Relação dos Documentos do CSEGSF Analisados | 172 |
| ANEXO 2 – Referências sobre os Entrevistados do CSEGSF | 175 |
| ANEXO 3 – Protocolo da Entrevista Semi-Estruturada..... | 178 |
| ANEXO 4 – Esquema Geral para Realizar Anotações no Diário de Campo na Observação Participante | 182 |
| ANEXO 5 – Referências sobre os Componentes dos Grupos Focais | 183 |
| ANEXO 6 – Referências sobre as Categorias Empíricas que Balizaram a Segunda Reunião dos Grupos Focais | 185 |
| ANEXO 7 – Protocolo da Entrevista Aberta / História de Vida..... | 186 |
| ANEXO 8 – Referências sobre os Entrevistados do Mestrado em Saúde da Criança | 188 |

Lista de Figuras

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1 – Elementos do Processo de Trabalho..... | 68 |
| FIGURA 2 – Rede de Relações do Serviço de Saúde..... | 126 |

Lista de Gráficos

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1 – Coeficiente de Mortalidade Infantil. Brasil, 1990-1994..... | 15 |
| GRÁFICO 2 – Quadro Geral de Trabalhadores do CSEGSF | 80 |
| GRÁFICO 3 – Quadro de Trabalhadores Entrevistados | 80 |

Lista de Mapas

| | |
|---|-----|
| MAPA 1 – Complexos Favelados da Região da Leopoldina. IV D.S. (A.P.3.1)..... | 100 |
| MAPA 2 – IV Distrito Sanitário. X Região Administrativa. Complexo de Manguinhos | 101 |
| MAPA 3 – Complexo de Manguinhos. Escolas, Associações de Moradores e Áreas de Lazer | 103 |
| MAPA 4 – Distância Média entre as Comunidades e o CSEGSF..... | 120 |

Lista de Siglas

| | |
|----------------|--|
| AIDS | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) |
| APS | Atenção Primária de Saúde |
| CEP | Coordenação de Ensino e Pesquisa |
| CINAEM | Comissão Interinstitucional da Avaliação do Ensino Médico |
| CMI | Coeficiente de Mortalidade Infantil |
| CNRHS | Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde |
| CNS | Conferências Nacionais de Saúde |
| CSEGSF | Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FSESP | Fundação SESP |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IEC | Informação, Educação e Comunicação |
| IFF | Instituto Fernandes Figueira |
| IRA | Infecções Respiratórias Agudas |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PES | Planejamento Estratégico em Saúde |
| PPD | Derivado Protéico Purificado |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SILOS | Sistema Local de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNICEF | <i>United Nations International Children Emergente Found</i> |

APRESENTAÇÃO

*'Romper as barreiras
Das máscaras sociais (...)
Rejeitar
Estereótipos (...)
Agregar Emergir
Retornar às origens
Desta vasta
Interrogação"
(MARCIONÍLIO DE PAIVA)*

O PROBLEMA

A participação, como aluna, no Mestrado em Saúde da Criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF) – Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) –, em fins dos anos 80 e início dos 90, e a posterior integração à equipe de coordenação do referido Mestrado possibilitaram-me repensar antigas questões levantadas durante a trajetória profissional, em perspectiva construtiva de reflexão crítica, a respeito dos *conteúdos essenciais à formulação de respostas às necessidades emergentes colocadas pela problemática da Saúde da Criança*. Tornou-se possível, então, identificar pontos críticos no ensino da Graduação que dificultam o preenchimento de requisitos indispensáveis à abordagem da problemática proposta, o que foi sedimentado no exercício da prática pediátrica.

Tal processo educacional propiciou-me o reconhecimento da produção do trabalho e da formação de pessoas como sujeitos da aprendizagem, havendo assim aproximação à idéia de formação continuada aqui defendida, ainda que o Curso de Mestrado (*stricto sensu*) tenha exposto princípios e objetivos bem diferenciados.

Como destacam BARBIERI et al. (1994), sua proposição teórico-metodológica e filosófica refere-se à recriação da criança como “novo sujeito” das ações para a saúde, além de reconhecer as práticas como campos legítimos de investigação e *locus* de formação. Com esse objetivo, defendem a abertura de campo inovador de reflexões, investigações e práticas, o qual visa diminuir o distanciamento dos saberes específicos dos sanitaristas e dos clínicos-pediatras em função de um

sujeito / objeto de trabalho a ser construído por eles, tendo como alvo o reordenamento da atenção às crianças que os procuram.

Nessa proposta sobressaem marcos referenciais – como acentuam alguns autores (cf. BARBIERI et al., 1993; RAMOS BARBIERI, 1997) –, sendo o principal, o da crítica à formação de Recursos Humanos centrada na produção de conhecimentos, cujo critério único e exclusivo é a dissertação e a tese estruturadas em linhas de pesquisa. Com isto, não se criam condições e diferenças operacionais para valorizar o processo pelo qual as pessoas são formadas, que é educacional e, portanto, coletivo.

Os outros marcos, incluem:

- Mecanismos de seleção que contemplam profissionais de diversas origens e formação – mesmo que todos sejam Pediatras –, os quais saíram de seus locais de trabalho para um Mestrado cuja proposta pedagógica apresentava outro modelo de criança ao incorporá-la como o sujeito do cuidado – “o Joãozinho e sua diarreia e não a diarreia do Joãozinho”, por exemplo, à diferença daquela da Graduação.
- Por meio dos Seminários Avançados, o desenvolvimento de estratégia de discussão coletiva das várias etapas de produção da dissertação entre alunos, professores e orientadores para implementar o intercâmbio do conhecimento e a visualização das interfaces temáticas, evidenciando também o processo educacional aí embutido, no sentido do *antropological blues* referido por DA MATTA (1978).

Com isso, o Curso introduz, na prática, a discussão dos determinantes e / ou condicionantes do processo saúde / doença / criança / família / atenção, em geral ausentes no currículo médico, mas que conformam condições essenciais para que sejam atendidas as necessidades sociais e de saúde, as quais, se não valorizadas – em particular, no caso das crianças –, podem resultar em sérias dificuldades em virtude de sua especificidade e vulnerabilidade.

No Mestrado, o tema do trabalho final decorreu desse processo e a escolha do curso de Metodologia das Ciências Sociais surgiu diante da expectativa de resposta às necessidades que requeriam avaliação interna em lugar de análise do currículo das Escolas Médicas. A discussão centrou-se na Graduação oferecida pelo ensino médico, porém sem abordar seu projeto educacional de formação, o que me fez

questionar até que ponto o estudo do ensino médico é significativo para a investigação sobre formação continuada, como a que venho desenvolvendo.

O que ficou claro, assumindo relevância para mim, foi que – diferentemente do que costuma ocorrer na grande maioria dos Mestrados e Doutorados e que pode levar à dissociação entre Ensino e Pesquisa – as dissertações, já na elaboração dos projetos, tiveram sua construção diretamente associada às aulas e às discussões nos “Seminários Avançados”¹ do *Mestrado em Saúde da Criança*. Constituíram, assim, o outro eixo importante para a formação tanto na iniciação à pesquisa quanto na docência e também no repensar o cuidado à saúde das crianças. Importa ressaltar que, por ter feito parte da equipe de Coordenação, pude acompanhar todos os Seminários Avançados dos projetos que se transformaram nas quarenta e duas (42) dissertações defendidas no período anteriormente assinalado.

O predomínio da produção científica, no entanto, representado pela finalização e defesa das dissertações, remeteu-me a questões da prática educacional que, em geral, não são sistematizadas e avaliadas, mesmo nesse Mestrado, apesar de aí ter-se realizado um processo ímpar.

As análises iniciais dessa produção (MADEIRA, 1996; VASCONCELOS, 1997) mostram, na grande maioria de seus conteúdos, um novo olhar dos pediatras em relação: a) ao sujeito-criança, centro de cuidados da mãe e do médico, e sujeito-objeto de estudos e pesquisas, em especial, da Pediatria e do Pediatra; b) à necessidade de estabelecer os determinantes da saúde / doença para sua compreensão e articulação com os aspectos biológicos do adoecer; c) à importância de reflexão crítica sobre as tecnologias utilizadas na atenção, incluindo-se aí as recomendações das políticas de saúde e os modelos de organização do cuidado / Serviços; d) à investigação dos processos de formação dos médicos, em especial, dos Pediatras.

Se todo esse aprendizado não garantiu os conhecimentos educacionais que se transformaram no *objeto da paixão* para novas indagações e buscas no cotidiano do trabalho, na verdade representou a base da escolha da formação profissional voltada para as questões de saúde / doença – em especial, das crianças – como campo de estudos e pesquisas.

¹ Seminários Avançados caracterizam a Disciplina que compõe o corpo do Mestrado. Realizando-se de quatro a cinco por ano, promove-se acompanhamento e discussão dos projetos de dissertação do Mestrado, ou seja, o projeto de pesquisa mantém-se vinculado às demais Disciplinas do curso. Esse apoio ao aluno possibilita intervenção sempre que preciso (BARBIERI et al., 1994).

A unidade inerente a ensino e pesquisa sofreu ruptura a partir de 1970, com o advento da Pós-Graduação, considerando-se: a) dissociação, na prática, entre pesquisa e ensino; b) interpretação errônea do Parecer Sucupira (977/65), que gerou hierarquização de graus na Pós-Graduação, ficando a especialização e o aperfeiçoamento colocados em segundo plano, dando origem às distorções que permanecem até hoje, como acentua MACIEL (1995).

Por tudo isso é que no Doutorado – ou em nossa “circunstância”, como diria ORTEGA Y GASSET (1984) –, ao propor o desenvolvimento de um trabalho no campo da Educação e estando inserida em um Serviço Local de Saúde, pude perceber o projeto educacional do Mestrado, embora este não contivesse de forma sistematizada a parte educacional em seu próprio projeto. Tal evidência aponta para uma tônica comum às Instituições de Ensino em nosso país, mesmo nas universitárias, que é a de não trazerem em seus postulados a configuração de seus projetos educacionais.

CUNHA (1979) assevera que, antes da década de 70, a universidade promovia o ensino como “a transmissão do saber acumulado”; por entender a pesquisa como atividade fim nesses cursos, teria havido sobreposição daquela gerada na Pós-Graduação ao ensino.

A desarticulação existente entre as disciplinas programadas e o projeto de trabalho de pesquisa é ressaltada por RAMOS BARBIERI (1988; 1991; 1995). Para a autora, a questão não é a maior ou menor importância atribuída à pesquisa, mas, sim, a valorização da pesquisa educacional como fundamento dos programas de cursos e atividades escolares.

Referindo-se à formação de profissionais no curso de Pós-Graduação em Medicina Tropical da FIOCRUZ, MARZOCHI (1986) chama a atenção para a exigência de que essa formação retome a articulação com o estímulo à pesquisa, cuja integração com a doença no homem deve ser feita no campo e no hospital: *“É fundamental para a FIOCRUZ o resgate de formação de um profissional de pé no campo, braços no laboratório, olho no paciente e raciocínio investigativo.”* (MARZOCHI, 1986:2)

Não se pode negar a importância dos professores pesquisadores, representados neste trabalho pelas figuras de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, que conciliaram *assistência, ensino e pesquisa*, demonstrando a possibilidade de articular o problema objetivo do cotidiano com a pesquisa fundamental e a exigência de

associação da pesquisa científica com o ensino. E essa importância se dá na medida em que tal trinômio – indissociável, como acentuava Carlos Chagas (*apud* CHAGAS FILHO, 1993) – é indispensável ao progresso social e ao desenvolvimento de condições essenciais à melhor qualificação da vida humana.

O presente estudo não questiona a implantação da Pós-Graduação, mas o juízo de valor que condiciona uma só forma de validação da transmissão / produção de conhecimentos predominante após sua implantação.

É inegável que a Pós-Graduação trouxe ganhos à universidade brasileira com a possibilidade de sua transformação desde instituição basicamente transmissora de conhecimento para criadora de conhecimento, segundo apontam SPAGNOLO et al. (1985). PEIXOTO (1992), no entanto, analisa a situação atual no que concerne à existência de maior número de escolas particulares, as quais não têm interesse em tornar exeqüível a pesquisa, ao passo que as públicas muitas vezes não a viabilizam por falta de recursos.

As análises críticas, as distorções e os ganhos positivos propiciaram a criação de espaço para a reflexão crítica que é gerada na própria Pós-Graduação, ao mesmo tempo em que se observam esforços e tentativas de melhor definição de suas funções e objetivos, forçando a ampliação do debate com a comunidade científica para consolidar-se em um próximo Plano Nacional de Pós-Graduação, conforme ressalta VASCONCELOS (1997).

Circunscrito, entre outros fatores, às relações entre trabalho e educação, esse debate assinala, como um dos resultados finais, as várias dicotomias / desvinculações presentes no ensino e práticas dos trabalhadores de saúde e, de maneira mais marcante, na formação do médico.

Alguns autores (SOUZA et al., 1990; ENGUITA, 1993; PAIM, 1993a ; DAVINI, 1995; MALGLAIVE, 1995) enfatizam o mérito dos saberes provenientes da prática, bem como a função educativa do trabalho, trazendo para o centro desse debate a necessidade de revisão das bases que orientam os currículos da maioria das escolas e centros de formação, de modo que neles seja incorporada a produção de conhecimento resultante do processo de trabalho em toda sua dimensão.

MALGLAIVE (1995) denomina “saber em uso” o conjunto dos saberes que precedem a ação, enfatizando que os saberes da prática são indispensáveis às articulações conceituais e empíricas, além de destacar sua relevância tanto para o profissional

recém-formado quanto para os mais experientes, pois ambos são originários dos mesmos processos educacionais, razão pela qual sua prática encontra-se igualmente limitada pela técnica.

No que diz respeito à importância da experiência derivada do trabalho para a formação, ENGUITA (1993) complementa:

... A inclusão do trabalho como parte do processo educativo inscreve-se plenamente e com todo direito na relação pedagógica homem-ambiente. (...). O trabalho é a relação do homem com a natureza, relação em cujo caráter transformador deve-se insistir, e a natureza faz parte das “circunstâncias” do homem. (...). A função pedagógica do trabalho material, como a da sociedade em geral, não depende apenas das condições em que é dado (o trabalho) ao homem, mas também e sobretudo da luta dos homens contra essas contradições.
(ENGUITA, 1993:106)

Em descrição das especificidades atribuídas ao trabalhador qualificado antes do Fordismo e do Taylorismo, BRAVERMAN (1977) aponta que o fato de o ofício proporcionar vínculo cotidiano entre a ciência e o trabalho – posto que o artesão se via obrigado a utilizar, em sua prática, conhecimentos científicos rudimentares sobre matemática e desenho – era mais importante que o treinamento formal ou informal. É de grande significado essa recuperação da importância do ofício na formação do cidadão-trabalhador pela articulação que possibilita entre trabalho e conhecimentos científicos.

Todas essas questões estão ligadas à pedagogia prática, sobre a qual MARX (1979), HEGEL (1992; 1993) e ADORNO (1995) teceram comentários.

MARX (1979) desenvolve o conceito de práxis da formação, no qual a realidade efetiva da história seria a formação pelo trabalho. Refere-se, por conseguinte, à Prática Teórica ao considerar que “*se o saber cabe ao pensamento humano como verdade objetiva, não é uma questão teórica, mas prática*”. Desse modo, a atividade humana deveria ser apreendida como atividade objetiva, uma vez que toda vida social é essencialmente prática e as teorias encontram sua solução racional na práxis humana e na compreensão dessa práxis, definindo-a como Prática Concreta capaz de redundar em produção permanente de novos conhecimentos.

HEGEL (1992, 1993), ao questionar o papel formador do trabalho, estabelece a articulação necessária entre cultura / formação, educação / ética e subjetividade / consciência ao plano do trabalho. Para ele, todavia, a diferença da antiga

concepção de formação – *que significava o progressivo aperfeiçoamento para a universalidade do conhecimento* –, a concepção moderna indicaria que essa universalidade já se apresentaria ao particular como totalidade pronta, com a qual se estabeleceria uma ‘experiência’ sem a devida articulação com o trabalho.

Por sua vez, ADORNO (1995) faz menção à “experiência formativa” em dois momentos: o da experiência adquirida em contato com o objeto – que possibilitaria romper as limitações auto-estabelecidas pelo curso do desenvolvimento da teoria – e o da experiência dialética, no sentido de tornar-se experiente, isto é, de aprender pela mediação da elaboração do processo formativo, que pode ser assumido tanto pela relevância dos resultados quanto do próprio processo. Nesses termos, a experiência formativa pressupõe uma aptidão, cuja falta apontaria para a ‘semiformação’ resultante do rompimento do processo formativo, o qual seria substituído por adaptação, em que se perde o conceito de autonomia.

O mesmo autor enfatiza a exigência de um tempo de mediação e de continuidade em oposição ao imediatismo e fragmentação da racionalidade formal da indústria cultural, que “coisifica” em proveito da uniformização da sociedade administrada e da repressão do processo em relação aos resultados. E chama a atenção para o fato de que, no capitalismo tardio, a perda da articulação entre trabalho manual e intelectual seria uma tendência objetiva da sociedade em seu próprio modo de se produzir e reproduzir. Haveria, desse modo, uma objetivação formal da razão que, na qualidade de ciência-técnica e enquanto força produtiva, se interporia entre o sujeito e a realidade, perdendo-se a capacidade de confrontação desta última com o seu conceito.

As análises de Marx, Hegel e Adorno aproximam-se a partir do conceito de ‘práxis da formação’ desenvolvido por Marx, que destaca a formação pelo trabalho como um aprendizado mediante a experiência formativa e estabelece articulações entre o plano do trabalho e a formação como imprescindíveis à evolução para a universalidade do conhecimento.

É fundamental destacar o significado que pode ter um projeto de formação voltado ao ensino predominantemente dinâmico, capaz de também produzir conhecimento, quando não se leva em conta, por força da formação cultural, a riqueza das informações contidas na prática, criando-se ‘vazios’ que não deixam explicitar as situações nem perceber o saber a ser construído.

A estrutura dos cursos de pós-graduação da área da saúde nas diversas regiões brasileiras aponta, em geral, para a homogeneização das diferentes formações dos grupos de profissionais, sem apresentar um corpo de conhecimentos específicos (competência profissional) a ser articulado interdisciplinarmente no âmbito da equipe (competência interprofissional²). De modo predominante, o ensino decorre sob a forma de estágios, com reprodução acrítica de modelos e com avaliações centradas na medição do cumprimento de tarefas, horários e frequência.

Semelhante consideração dos Serviços como meros ‘campos’ de estágios e treinamentos para profissionais sem diploma – e mesmo para médicos – leva a pensar, por um lado, que é possível ‘igualar’ as diferentes formações, da mesma forma que conduz à percepção genérica do saber gerado pela aprendizagem adquirida durante o trabalho, realizado ‘tocando’ o Serviço. Por outro lado, a concepção dominante de aprendizagem reflete-se, segundo MALGLAIVE (1995), nos objetivos educacionais e na avaliação de seu alcance entre os alunos e expressa-se na não clareza conceitual entre competência e capacidade. Poder-se-ia observar isto, por exemplo, na principal locução da Pedagogia por Objetivos: “ser capaz de”, que designa a capacidade hipotética de realizar certa atividade sem que haja necessariamente aprofundamento sobre a origem e a natureza da ação.

Em escolas públicas de alguns estados brasileiros, essa frase – ‘ser capaz de’ – chegou esvaziada de sentido, exigindo-se, no entanto, que seu emprego fosse o guia dos planejamentos dos professores, banalizando-se de forma normativa os estudos que fundamentam a proposta de BLOOM (1976).

O conceito de *competência* assumido neste trabalho tem sua inspiração no estudo de RIOS (1995), que a define como *saber fazer bem o dever no desempenho de determinado papel social*. Para a autora, toda competência profissional tanto contém a dimensão técnica – que diz respeito aos conhecimentos e sua articulação à prática – quanto a dimensão política – que significa visão crítica em relação ao papel e ao compromisso que assume diante das exigências concretas do contexto em que se insere tal prática.

A autora chama a atenção para duas características da competência: uma, que é sua construção específica, particular, porque exige aplicação permanente e

² Ações interprofissionais são as relativas a intercâmbio e colaboração recíprocos para responder à problemática complexa de ordem social, reconstituindo a unidade do sujeito que receberá as ações (JAPIASSU, 1976).

preenchimento de condições necessárias às circunstâncias; a outra, correspondente ao caráter coletivo, em diálogo de competências que buscam igualdade nas diferenças.

Assim entendido, considera-se neste estudo que a competência profissional e a interprofissional são complementares em sentido dialético: tanto atendem às solicitações sociais mediante a técnica competente, quanto determinam o espaço do compromisso, quer dizer, a competência específica ou disciplinar unida ao caráter coletivo ou interdisciplinar do ensino e da pesquisa, ao mesmo tempo que interprofissional, para a ação, seguindo a proposição de RIOS (1995). Com tal concepção, a análise desta tese avança ao julgar essencial a existência da base teórico-metodológica de um projeto de *formação continuada*³ que tenha, como eixo, o processo de trabalho para a viabilidade do desenvolvimento dessas competências.

Por sua natureza, a proposta deste estudo consiste em desafio ao exercício e apreensão da relação “saber-práxis” – de contradição, complementaridade e oposição – existente no cotidiano do trabalho, entendendo-se que a ação gera conhecimento e vice-versa, e das conexões entre estas duas dimensões como resultado da ação dialética. Em suma, referimo-nos à relação “saber-práxis” como o resultado da relação dialética entre a prática e a teoria, a qual começa e termina na primeira; isto é, no sentido da teoria como esclarecimento e guia de uma práxis que, ao mesmo tempo, a fundamenta e a enriquece (cf. VÁZQUEZ, 1968; ANDRADE, 1979).

Interessa ressaltar a crítica feita por HABERMAS (1990b; 1990c) à proposição redutora da filosofia da “práxis”, que alijaria do processo de interpretação do social uma dimensão da racionalidade – *a racionalização do mundo da vida* – por não seguir as normas de acumulação técnica do saber. Nessa crítica, o autor não nega a categoria trabalho como constituinte do social, mas sim a possibilidade de subsunção da *razão comunicativa* à *razão instrumental* por interpretações / apropriações do conceito marxista de trabalho não totalmente desenvolvido por MARX.

Aprofundando ainda mais essa análise, SCHRAIBER (1991) recomenda as articulações entre prática e teoria como nexos estabelecidos e medidos socialmente e não apenas nexos de caráter técnico estabelecidos e regidos pela tecnologia, seja

³ Processo educacional que permite reconstruir os significados da ação profissional e sistematiza o conhecimento produzido no âmbito das práticas pela equipe de saúde, propiciando a aproximação e a interação profissional em um *continuum* (NÓVOA, 1992).

quanto ao trabalho seja quanto à educação, no contexto histórico em que se inserem.

LEITE (1995) chama a atenção para o papel da educação não como capital humano, mas como base do resgate da qualificação no processo de trabalho e da própria construção da cidadania.

Assim, nesta pesquisa também se leva em conta o desafio representado por um projeto político-pedagógico que visa transformar a prática dos diversos trabalhadores nela diretamente envolvidos, de modo a fazê-los compreendê-la não como mera tarefa, mas enquanto produtora de conhecimento e, como tal, espaço privilegiado para a formação continuada em vários níveis.

Esse espaço – que na maioria dos Serviços é ‘virtual’ – hoje é o lugar da ignorância a respeito das interfaces e concorre para a dificuldade de visualizar a necessidade de implementação de um trabalho articulado, capaz de responder às demandas manifestas no cotidiano da prática para a promoção da saúde. Para a viabilidade dessa perspectiva indicam-se as possibilidades objetivas da interdisciplinaridade na articulação dos vários saberes, tendo por meta a interprofissionalidade, que propiciará o fortalecimento da consciência e a capacidade coletiva de iniciativa, ao invés das ações fragmentadas que ocorrem com frequência.

Outro ponto a ser levado em conta é que, em geral, o profissional não apenas traduz a manifestação que o paciente traz – nem sempre explícita –, mas, para além disso, a transforma de acordo com os limites de sua formação.

No que diz respeito à atenção às crianças, esta questão apresenta-se no modelo assistencial vigente a cada vez em que a única resposta desse cuidado se expressa como ação prioritariamente curativa, na detecção das disfunções orgânicas para remediá-las, levando-se em conta apenas o fator biológico, e, mais ainda, sem a complementaridade das ações de proteção, promoção e prevenção da saúde em perspectiva de intersectorialidade. Ou seja, todo o cuidado se circunscreve aos limites da clínica, conformando todo o modelo – e mesmo as ações dos demais profissionais da equipe de saúde – quase sempre como representação exterior às demandas das crianças e suas famílias que aí se apresentam.

Importa destacar que os fatores que interferem tanto na configuração da prática profissional quanto no processo de formação devem ser avaliados em seus marcos conceituais. Neles encontram-se universos de valores e crenças da sociedade em

que se inserem escola, professores e alunos. As questões relativas ao mundo vivido desses atores aproximam-se do conceito de *currículo oculto* de APPLE (1987).

Retomamos a análise de ANDRADE (1979) sobre conceitos que definem uma profissão, por entender que se aplicam às profissões de saúde, em geral, e não só à educação médica. Para esse autor, é possível falar:

De um marco conceitual ou de conteúdos conceituais fundamentais implícitos na prática profissional e de um marco conceitual ou de conteúdos conceituais fundamentais implícitos no processo de formação de médicos, como duas entidades com identidades próprias mas estreitamente vinculadas.
(ANDRADE, 1979:7-8)

Como questões que se reportam principalmente ao aparelho formador, constata-se o predomínio de disciplinas teóricas e a ausência de espaço para as interfaces profissionais, promovendo-se a redução dos problemas de saúde a aspectos biológicos quer na aprendizagem teórica quer na prática. Todavia é preciso viabilizar estratégias para seu redirecionamento no sentido da incorporação de compromissos sociais e institucionais, de modo que, fazendo parte da competência tecno-científica, o compromisso social esteja presente desde cedo e de forma marcante em alunos, professores e profissionais.

Trata-se, em síntese, da reformulação do problema sobre bases suficientemente sólidas, capacitando os trabalhadores a articular seus saberes e práticas, bem como facultando a identificação e reconstrução das identidades dos diferentes profissionais desse conjunto. Esta articulação em um projeto de formação continuada a partir do conhecimento organizado possibilitaria a 'recriação' da criança e sua saúde como '*novo sujeito*' das práticas interprofissionais de saúde.

Na construção do **objeto** desta pesquisa, que se coloca na *relação entre trabalho e educação* no campo da atenção à saúde da criança, surgem várias indagações:

- Existe um saber no cotidiano do trabalho que emerge da experiência das ações biológico-curativas, de prevenção e de promoção da saúde dirigidas às crianças, em nível de Atenção Primária de Saúde (APS)?
- Como cada um se tornou o trabalhador de saúde que é hoje? Ou seja, como constituiu seu saber e como construiu sua identidade?

- Quais os modelos que orientam as políticas e escolhas dos cursos de formação continuada dos trabalhadores de saúde? Quais são suas (deles) necessidades formativas?

Os **objetivos** do estudo são:

GERAL:

Avaliar se a atuação da equipe de trabalhadores do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz (CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ) responde à multiplicidade das necessidades apresentadas pelas crianças que a procuram, visando gerar metodologias de formação continuada e de atenção integral à promoção da saúde das crianças, bem como estabelecer referências para a investigação nesse campo do conhecimento.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar as práticas de atenção integral voltadas à promoção da saúde das crianças, assim como suas características e organização no que diz respeito às condições de vida e saúde dessas crianças, a sua acessibilidade e a de suas famílias.
2. Investigar, através das representações sociais dos diferentes trabalhadores que realizam as ações de saúde para as crianças, os conceitos de criança e de saúde da criança, bem como as práticas entendidas como essenciais para atender às questões que envolvem a problemática saúde / doença / criança.
3. Analisar a relação entre os respectivos processos de formação desses profissionais e o desenvolvimento educacional associado aos papéis que desempenham, e se estes interferem nas ações de saúde.
4. Determinar o conceito de formação continuada e as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde que compõem a equipe de atenção para a promoção da saúde da criança e como as identificam.
5. Examinar se a organização gerencial se define por políticas que atendem a necessidades de formação continuada e espaço / competência profissional e interprofissional, considerando as prioridades das demandas dos trabalhadores e aquelas relacionadas à problemática saúde / doença / criança.

O plano deste trabalho foi estruturado de modo a conter, na **Apresentação**, o objeto de estudo em virtude do tema proposto.

Na **Parte I – Notas Introdutórias, Fundamentação Teórica e Metodologia** comentam-se o contexto do objeto de estudo e as razões de sua escolha, justificativas que abarcam tanto a trajetória profissional da autora quanto a relevância do tema proposto; as bases conceituais das categorias teóricas que serviram de contraste ao material da pesquisa empírica, compreendendo: abordagem das relações entre trabalho e educação; enfoque da formação continuada em saúde como questão educacional; fundamentos teórico-metodológicos e filosóficos do Mestrado em Saúde da Criança, como referência para a formação continuada de trabalhadores de saúde que lidam com a problemática saúde / doença / criança; e, por fim, as características do trabalho para a promoção da saúde das crianças. Discutem-se os fundamentos do método de investigação e dos instrumentos metodológicos que conformaram o contexto operacional do estudo.

Na **Parte II – Pesquisa Empírica** apresentam-se as categorias empíricas centrais obtidas a partir do tratamento dos dados e que balizam as discussões em que se demonstra o alcance dos objetivos e as conseqüentes respostas aos pressupostos colocados no recorte do objeto. Enfatizam-se três eixos nas imagens e identidades dos trabalhadores que representaram a unidade de análise, subdivididos de acordo com o sentido por eles atribuído: à profissão e à carreira nas representações de si; ao contexto e *locus* de trabalho e formação; às relações entre si e suas crianças / famílias de referência; e aos objetivos de seus ‘saber e fazer’, tendo como pano de fundo as necessidades formativas de um processo de formação continuada para o alcance da saúde das crianças.

A seguir, são feitas as **Considerações** acerca do que foi obtido neste estudo.

PARTE I

NOTAS INTRODUTÓRIAS, FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLOGIA

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

*Doutor!
Quando examinar uma
criança
Cuide, por favor,
Do amor e da esperança
Que também são saúde!
Veja que os olhos brilhem,
Que a garganta cante,
Que o corpo brinque.*
(ROBERTO REZENSTINER)

1.1 O CONTEXTO

No cotidiano das práticas nos Serviços de Saúde, durante a organização das ações que visam a intervenção sobre as doenças e a sua prevenção, em geral são ignoradas as várias etapas de um processo que é contínuo, com dimensões biológicas, psicológicas e sociais, além de se deixar de lado o fato de as doenças estarem inseridas em âmbito coletivo (MENDES-GONÇALVES et al., 1990).

Quanto à dimensão macrossocial, as questões de saúde correlacionam-se à configuração da pobreza, aí compreendida não só no que diz respeito ao baixo poder aquisitivo, mas também à demasiada concentração de renda e ao modelo cultural impositivo e de dominação, que deixa pouco espaço à reflexão.

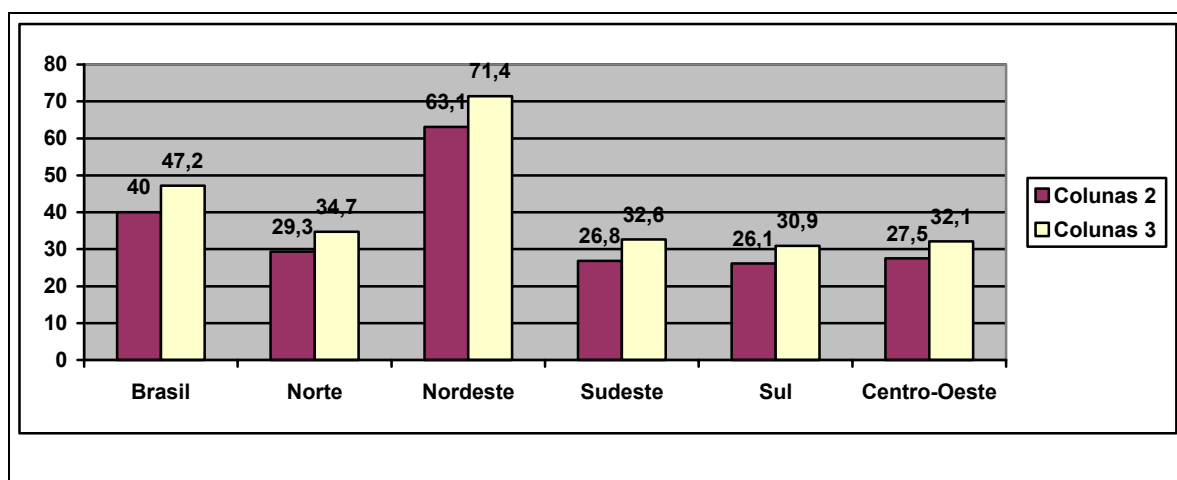
O quadro das condições de vida e saúde da população em geral – e, em particular, o das crianças – aponta para a situação da exclusão social de grande parcela da população em termos de Brasil e de Mundo, gerada pelo modelo de desenvolvimento capitalista e sua crise. Esta realidade expressa-se, entre outros indicadores, pelo Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), em que a morte é o resultado final de uma série de diferenças, como, por exemplo, de padrões de desenvolvimento e maturação, de esperança de vida, de acessibilidade à atenção integral à saúde (cf. MENENDEZ, 1986; LEÃO, 1992).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera as taxas de mortalidade infantil como um dos indicadores básicos para determinar os progressos efetuados por um país nas áreas de políticas sociais.

ALBALA & VIO (1995) assinalam que a mortalidade perinatal e aquela ocorrida no primeiro ano de vida, associadas ao produto nacional bruto (PIB) per capita e à expectativa de vida após o nascimento, são tidas como indicadores clássicos para a qualificação de uma sociedade. Ressaltam também que, em vários países da América Latina, o incremento do controle sanitário das doenças infecto-contagiosas – basicamente, a imunização em massa, a utilização da solução de reidratação oral e o incentivo ao aleitamento materno – tem sido o definidor para os CMI que vêm apresentando freqüentes reduções, ao lado da melhoria das condições ambientais e do acesso aos cuidados médicos.

O GRÁFICO 1 evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos anos de 1990 - 1994:

Gráfico 1 – Coeficiente de Mortalidade Infantil. Brasil, 1990-1994



Os estudos de SZWARCOWAL et al. (1992) a respeito da mortalidade infantil e do custo social do desenvolvimento evidenciam que os acentuados contrastes sociais de nosso país têm gerado situação inédita no mundo, qual seja: a de aumento das desigualdades entre áreas de maior e menor poder aquisitivo no que concerne ao risco de morrer com menos de um ano de idade. No entanto, os autores observam que a ausência de informações pormenorizadas sobre óbitos em estudos socioeconômicos não permite avaliar as particularidades do lento e progressivo processo de morte entre os que vivem nas mais precárias situações de habitação, alimentação e higiene.

GOLDANI (1997) avança nessa análise ao destacar a relevância da articulação dos indicadores de saúde com os socioeconômicos, enfatizando o predomínio do

componente pós-neonatal – em virtude das condições ambientais e de Assistência Médico-Sanitária extremamente precárias – nos altos valores do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de países da América Latina e Caribe, muitas vezes impossibilitando o manuseio adequado da ameaça à vida do recém-nascido.

Este autor chama a atenção para a relação de causa e efeito entre determinados fatores de risco e o prognóstico das crianças. Tal vinculação, segundo ele, poderia ser identificada por meio de estudos de coorte de dada população a partir da exposição específica ou de várias exposições que atuam ao mesmo tempo, como pode acontecer com: a) atributos físicos (peso ao nascer); b) sociais (renda); c) estilo de vida (frequência a consultas pré-natais e/ou o hábito de fumar).

Outras questões de ordem mais geral se entrelaçam com essa problemática, agravando-a. Pode-se exemplificá-las por meio dos processos de espacialização, em virtude de se ligarem diretamente à qualidade do estilo e das condições de vida e saúde, evidenciando as difíceis situações enfrentadas por grande parcela das crianças e suas famílias. Estas, que são a população alvo da atenção nos serviços de saúde, vivem em geral nos aglomerados ou favelas que constituem os bolsões de miséria nas grandes metrópoles.

No caso do Brasil, SABROZA et al. (1992) analisam que há acelerado movimento de urbanização, chegando a concentração populacional nas cidades a 70% em relação ao conjunto da população. Tal fenômeno é evidenciado pelas condições inadequadas de saneamento, aglomeração e circulação das pessoas; pela exacerbação de epidemias e ressurgimento de endemias antigas; pela proliferação da AIDS; em suma, por situações que, apesar de assumirem dimensões mal avaliadas, constituem sem dúvida as principais ameaças à saúde na infância e na adolescência.

A esse respeito, SANTOS (1994, 1995) ressalta que as grandes cidades, em especial, caracterizam-se por urbanização corporativa, com interdependência de categorias espaciais, como: tamanho urbano, modelo rodoviário, carência de infra-estrutura, especulação fundiária e imobiliária, problemas de transporte e periferização da população. Em virtude das dimensões da pobreza, essa situação gera um modelo específico de centro-periferia, que se auto-sustenta pelo fortalecimento do centro, com predomínio da cidade econômica em detrimento da cidade social. Na continuação dessa análise, o autor destaca que cada homem vale pelo lugar que

ocupa, dependendo de sua localização no território, de seu valor como produtor ou consumidor ou ainda como cidadão.

Dessa forma, a distribuição das pessoas no espaço urbano sugere uma análise mais complexa da ação dos fatores sociais associados ao ato de residir, bem como sua influência nas variáveis ambientais e assistenciais. Outros aspectos igualmente relevantes são: o declínio da economia global e local, as mudanças sociais e o aumento da marginalização da população pobre; todos exercem efeito desestabilizador no sistema político, social e econômico.

A visão de conjunto desses elementos – que pode ser expressa mediante indicadores de saúde como os existentes em determinados trabalhos (cf. OMS, 1996a; BRASIL / IBGE, 1997; BRASIL / MS, 1997a; GOLDANI, 1997) – acentua que, apesar dos avanços nos vários campos do conhecimento e os ganhos em saúde, educação e poder econômico, existem ainda milhares de crianças em fase escolar que não têm acesso à educação, assim como muitas entre 5 e 9 anos de idade que já estão no mercado de trabalho, vivendo sob péssimas condições de vida e saúde, em particular, nos países em desenvolvimento. Semelhantes fatos resultam em educação e saúde precária para as crianças, o que ameaça suas oportunidades de permanência na escola e de aí serem bem sucedidas, bem como a capacidade para se tornarem responsáveis, desenvolvendo cidadania plena.

Esse quadro impõe reflexões como as que seguem:

- Qual é, de fato, o direito do cidadão no que concerne ao acesso a serviços de saúde?
- Nesses serviços, será que basta focar o fator biológico centrado no organicismo das doenças, sem procurar articulá-lo à totalidade dos processos biológicos, sociais, ambientais e fisiológicos?
- Em relação ao sujeito / criança / cidadã, de que maneira interage o profissional de saúde?

Dentre outros autores, COHN et al. (1991) evidenciam que o fato de inexistir compreensão correta por parte das pessoas acerca do direito de cidadania na Saúde para além do Serviço – direito a ser constituído –, não significa que a população seja destituída de critérios claros a respeito do tema. Ao contrário disso, há demandas em prol de uma política de saúde legítima, mesmo quando o ‘saber’ de que se dispõe é incompleto e deformado pela experiência da oferta institucional,

porém suficiente no sentido de propiciar a busca de novas definições para o setor através do processo comunicativo com outros atores sociais envolvidos.

Essas e outras questões indicam a exigência de uma formação não só para capacitação técnica específica que possibilite resposta aos novos agravos surgidos ao lado de endemias antigas – as quais se mantêm ou reaparecem –, mas para a integração do conhecimento dos vários fatores determinantes e/ou condicionantes que se imbricam na gênese ou manutenção dos problemas de saúde/doença (MARZOCHI, 1997) e que transcendem o enfoque biologicista predominante no cotidiano das práticas. Junto às queixas biológicas é possível inserir:

- as condições em que as crianças são geradas;
- o vínculo amoroso que une os pais;
- o desejo e aceitação que devem envolver a gravidez;
- o contexto socioeconômico, cultural e ambiental em que vive a família.

E ainda:

- as dificuldades na formação de vínculo afetivo com a família;
- a ausência dos pais por longos períodos;
- a falta de espaço e segurança para o lazer nas grandes cidades;
- as condições inadequadas de moradia;
- o acesso limitado à educação e baixa qualidade desta.

Conforma-se assim, em linhas gerais, a problemática saúde / doença / criança, a exigir serviços de atendimento primário, que até o presente – no caso de nosso país – têm sido insuficientes em relação às necessidades básicas, ligadas à configuração da pobreza que determina as diversas formas de viver, adoecer e morrer da maioria de suas crianças. Necessidades cujas respostas nem sempre podem ser encontradas no setor saúde, motivo pelo qual requerem, muitas vezes, a conjugação de ações intersetoriais ainda pouco discutidas no que se refere à complementaridade no plano escolar em geral, o que dificulta a formação dos trabalhadores e sua própria interface com a saúde.

Ao referir-se à educação dos médicos, GARCIA (1972) chamou a atenção para a dissociação entre trabalho e estudo como um dos problemas mais relevantes nesse tipo de formação, argumentando acerca da importância de superar tal desagregação de modo simultâneo a mudanças nas relações de ensino, meta a ser alcançada para as transformações imprescindíveis desse processo. Na formação de outros

profissionais da área da saúde, o autor destaca que se pode encontrar o mesmo 'modo escolar' que domina os processos de ensino médico.

ANDRADE (1979) avalia que um dos aspectos mais controversos em educação é o que se refere ao conteúdo conceitual fundamental a ser transmitido, isto é, o conjunto das noções que se tornam evidentes por meio da prática do indivíduo em determinado campo de sua atividade. E aponta, no caso particular da educação médica, o seguinte marco conceitual da sua prática:

Os egressos tendem a se fazer especialistas, ao invés de médicos gerais; dedicam mais atenção aos problemas de saúde individual do que aos da coletividade, e às ações curativas do que às de prevenção; dão mais ênfase aos fatores biológicos, em detrimento aos de ordem psicológica e social que participam na gênese da doença. (ANDRADE, 1979:6)

Em análise a respeito do tema, NUNES (1989) evidencia igualmente que a forma assumida para a preparação do pessoal de saúde reproduz a estrutura da prática médica, com preponderância direta ou indireta da escola médica sobre os demais centros de ensino. Esta hierarquização expressar-se-ia na organização da educação e no conteúdo do ensino, no grau de separação entre este e a atividade prática, sendo que a formação do médico enfatizaria predominantemente aspectos teóricos específicos.

Uma das conseqüências dessas constatações – ainda atuais – consiste na persistência do predomínio da clínica calcada no modelo biomédico, com visão estreita quanto à abrangência da ação dos outros profissionais e das ações educativas de prevenção e promoção da saúde que se devem articular com ações curativas. Em geral, destaca-se a forma como o médico estabelece como e quando uma pessoa ou grupo social apresenta alterações clínicas. Todavia, não se deixa claro que o profissional não consegue articular os determinantes e/ou condicionantes dessa situação com a própria experiência cotidiana quando solicitado a explicá-los em maior amplitude para que sejam feitas colocações técnico-operativas.

No âmbito do ensino médico, ainda existe outro problema: o social é tido como mais um fator na multicausalidade dos processos de saúde / doença, em lugar de ser estimado como preponderante na origem e/ou manutenção desses fenômenos.

A esse respeito, SAMAJA et al. (1979) apontam que:

As necessidades de saúde e conseqüentemente do ensino e prática médica exigem considerações concretas que conheçam as diferenças biológicas como uma função de estrutura social daquela sociedade; mas ao contrário, a atual educação induz aos estudantes a uma “representação abstrata” que mascara as reais necessidades, através do emprego de índices que eliminam a variável contextual predominante. (SAMAJA et al., 1979:114-5)

As análises da literatura especializada indicam que não basta questionar o modelo biomédico predominante, os valores tradicionais da Educação Médica nem as relações que se estabelecem entre os distintos profissionais que compõem as equipes dos serviços de saúde. Tampouco é o caso de retirar do contexto econômico, social e político as questões relativas à política de desenvolvimento científico e tecnológico, as quais têm definido, no Brasil, a reprodução do trabalho intelectual qualificado e a forma de apropriação da tecnologia entendida como essencial.

O objetivo é ir além, a ponto de superar os procedimentos que impedem, na prática, a visualização de como o social e o biológico se transformam um no outro em cada processo de saúde / doença. Isto é, vir a conceber e incorporar o social como dimensão importante desse processo e percebê-lo no plano da realidade histórica, socialmente construída, identificando-o no indivíduo.

No âmbito das políticas de saúde, a relação entre Estado e Sociedade já prevê uma concepção de direito e cidadania – *acesso à atenção integral em saúde* –, o que envolve desde controle financeiro, regulação e proposição de estratégias até a qualificação permanente de sua força de trabalho. Tais funções, porém, emergem da desarticulação entre formulação, implementação e gestão de Políticas Públicas, mantendo-se a prática assistencial curativa como marca que prevalece no setor.

Salienta-se, neste estudo, a imperiosa necessidade de ajuste na qualificação da equipe de saúde para essa prática, o que envolve a mudança conceitual e metodológica contida na proposta de uma práxis voltada não para a clínica de crianças, mas para a *promoção da saúde da criança*.

Tal avaliação indica que, nesse campo, deve ser elaborado um trabalho capaz de conjugar dimensões *técnicas, éticas e políticas*, uma vez que sua prática é exercida sobre o corpo das pessoas a partir de um saber operante especial, em virtude de ser, para além de ético-moral e técnico, fundado em ciência que possui a technicalidade como produto bem definido (SCHRAIBER, 1996).

De semelhante defasagem técnica e ideológica resultam contradições entre a qualificação profissional, aspirações e condições de incorporação ao Mercado de Trabalho. Contradições que atingem, de modo central, os trabalhadores de saúde – em especial, os médicos – e que se estabelecem no limiar entre as demandas de saúde da população e um Sistema de Saúde incapaz de fornecer-lhes respostas satisfatórias. Some-se a isso, ainda, a impregnação da formação básica – *ancorada em método científico único (positivismo)* – e distanciada do cotidiano das práticas, o que se mostra nas variadas ‘desvinculações’: ciclo básico / clínico; ensino teórico / práticas; ação curativa / preventiva; necessidades de saúde / formação; e, por fim, paradigma vigente / demandas concretas. Todas permeadas pela proposição ideológica liberal dominante (CORDEIRO, 1984; TAVARES, 1990).

1.2 JUSTIFICATIVA

Tendo por fundamento as questões que se colocam para a atenção integral à promoção da saúde das crianças em nível da Atenção Primária de Saúde (APS) e as possíveis relações que essa atenção exige, buscou-se neste estudo:

- O sentido do saber – tanto o teórico quanto o que emerge da experiência das ações de saúde – no que concerne a sua importância teórico-metodológica para o ensino e pesquisa nesse campo e, ainda, como reorientação da prática.
- A metodologia que concorre para a apreensão desses saberes – e, conseqüentemente, para o atendimento das necessidades formativas dos trabalhadores de saúde que lidam com essa problemática – que pode estar contida em um projeto de formação continuada.

As razões da escolha desse tema envolveram questionamentos que, na verdade, têm representado a base de preocupações e reflexões pessoais, como Pediatra e Sanitarista, surgidas no desempenho da atividade de atenção para a saúde e nas práticas de docência e de pesquisa desenvolvidas na área da Saúde da Criança em um Serviço de Atenção Primária – o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), que integra instituição voltada ao ensino e pesquisa, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Em virtude do exposto:

- O primeiro **por que?** surgiu da trajetória profissional marcada por desencontros que evidenciaram, em confronto com o dinamismo da prática, os limites da formação teórica, desde a graduação, para a compreensão da problemática saúde / doença, decorrendo disso uma interferência na ação propriamente dita: o exercício da prática para a promoção da saúde dirigida às crianças.

Tal trajetória propiciou uma formação em que se fez presente a percepção da construção de conhecimento na prática profissional, a qual, no entanto, não é considerada / valorizada pela Academia. Esta, em virtude de não divisar o quanto pode ser rica semelhante informação, não se dedica a estruturá-la, deixando perder-se o que poderia ser um projeto educacional. Essa perda torna-se maior quando se tem profissionais habilitados com o grau de Mestre no quadro de trabalhadores dos Serviços.

- O segundo **por que?** parte da experiência educacional do Mestrado em Saúde da Criança, do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF / FIOCRUZ), no período de 1988 a 1996, até a sexta turma. Essa experiência conformou o processo de construção deste trabalho.
- O terceiro '**por que?**' relaciona-se ao cotidiano de trabalho no CSEGSF, onde tem sido buscada, com outros profissionais igualmente envolvidos, uma definição dos conteúdos necessários para enfrentar as necessidades sociais emergentes que as questões da promoção da saúde da criança colocam em nível de APS. Esse Serviço deve ser avaliado e os resultados precisam ser divulgados em razão de suas características.

Um dos pontos de partida consistiu em questionamentos: 'Por que formação continuada?' 'Por que no CSEGSF?'

Algumas razões seriam:

- O CSEGSF, como departamento da ENSP, não tem sua "história contada", no sentido que lhe é atribuído por RAMOS BARBIERI, ou seja, não possui os dados organizados e disponíveis para a construção de sua memória. Embora haja reconhecimento por parte de ex-alunos, de professores – *significativo número de professores da ENSP é ex-aluno / estagiário do CSEGSF* – e de outros que por ali passaram, contribuindo para essa história, esses dados são escassos.

- A ENSP não tem Graduação, mas oferece Especialização em nível de Pós, visando direta ou indiretamente a formação para o trabalho em saúde; contudo, não tem projeto de formação continuada, o que requer maior articulação com as práticas desenvolvidas no CSEGSF se for levado em conta que a categoria trabalho é central para a formação de agentes inseridos no processo prático.
- O CSEGSF exemplifica que Serviços desse tipo podem produzir formação continuada, uma vez que os aspectos de atenção para a saúde e os estágios que aí se desenvolvem não se devem opor a sua missão institucional de articulação com a pesquisa, devendo conformar Serviço de Referência gerador de conhecimentos e experiências inovadoras para os serviços locais de saúde e não um local de treinamento e transmissão repetitiva de conhecimentos.
- A possibilidade de criar um processo educacional sistematizado que questione o modelo de atenção mediante a pesquisa e formação continuada em busca dinâmica de como é o atendimento que o paciente requer; e, por intermédio da tutoria de formadores, criar e coordenar a incorporação de novos conhecimentos, tanto os produzidos no setor quanto outras atualizações. Visualiza-se, então, a imperiosa exigência de registros mais completos que possibilitem fugir dos padrões de um trabalho que é mais de compilação de procedimentos e indicadores, revertendo o sistema de atendimento sem registro, na defesa do conhecimento que não é 'passado a limpo'.

Partindo dessas considerações, não se poderia deixar de trabalhar com o coletivo muito próximo, acompanhando o resgate de como as pessoas se formam, adotando a própria equipe de trabalhadores do CSEGSF como 'estudo de caso'. Instituir-se-ia, dessa forma, um Programa ligado ao trabalho em meio à diversidade de formações, conformando este estudo um estímulo e uma contribuição para o novo campo de investigação no Brasil, que é o da formação continuada em serviço.

Confirma-se assim que, para formar professores / trabalhadores / pesquisadores, há a demanda de uma rede de saberes das disciplinas em separado que se articulam, sendo essa rede o que se denomina saber educacional (RAMOS BARBIERI, 1995).

- O quarto **por que?** significa a aceitação de um devir pautado na relevância do objeto de estudo, na medida em que:
 - a) está permeado de controvérsias, indefinições e ambigüidades, o que sinaliza para a necessidade de elucidar essa questão à luz de estudo sistemático. Este pode

ter alcance prático imediato como reflexão para os trabalhadores diretamente envolvidos, revisão crítica dos processos de Pós-Graduação e Programas de Formação Continuada, estabelecimento de marcos referenciais para desenvolvimentos teórico-metodológicos nessa área do conhecimento, ênfase na pesquisa em serviço e conseqüente melhoria da qualidade de atenção prestada;

b) a pesquisa bibliográfica recente aponta para a escassez de estudos capazes de identificar o eixo integrador de novas dimensões, visões e conceitos no espaço da prática para a promoção da saúde, envolvendo a problemática dos diferentes trabalhadores, individuais e em conjunto, quanto à própria formação e às relações entre si e a clientela.

c) apesar da literatura existente, são poucos os trabalhos na área da saúde com o enfoque que se quer imprimir: desvelar o universo da pessoa do trabalhador / educador através da análise da sua ação pedagógica / profissional como metodologia de sistematização dos saberes e práticas.

Todos esses atores sociais exercem papéis diferentes e desiguais. Somente a partir do entendimento de que esta práxis complexa é tarefa pedagógica, desenvolvida no exercício sistemático de aprender e compreender em grupo, é que pode ser ponderado de forma concreta o enfrentamento da vida social na configuração da saúde e da doença.

A esse respeito, LIMA (1990b) acentua que é na **interação** que o indivíduo desenvolve sua inteligência e se apropria dos conhecimentos de sua herança cultural.

Faz-se preciso, portanto, repensar as práticas dirigidas às crianças para a promoção da saúde no primeiro nível de atenção, desde que é indefinida sua própria dimensão, principalmente nas múltiplas interfaces; questiona-se a competência e adequação de tal ou qual conjunto estruturado de processos de trabalho e atores sociais para atuação integral no processo saúde/doença. Pontos fundamentais, que exigem análise cuidadosa em sua consideração como princípio educativo.

São formuladas as seguintes **hipóteses** acerca do objeto de estudo:

1. A ausência de projetos de saúde e de formação continuada no âmbito dos Serviços concorre para a inadequação da forma de atuação, em que há predomínio das especialidades de cada um dos trabalhadores de saúde,

dificultando a visão / trabalho conjunto de atenção ao sujeito-criança, que é interdisciplinar.

2. A criação de demandas, sejam elas individuais ou coletivas, põem em jogo os limites do conhecimento e da formação dos trabalhadores que planejam e executam a atenção em detrimento das necessidades essenciais da clientela.
3. Há formação em serviço, isto é, o trabalhador de saúde é formado durante o desempenho de sua atividade profissional, apesar da ausência de um projeto de trabalho conjunto que possibilite a construção de marcos referenciais mais claros para o desenvolvimento de projetos de formação continuada, os quais dariam conta da apreensão desses saberes, tal como de suas necessidades formativas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

(PAULO FREIRE)

2.1 APRESENTAÇÃO

As bases conceituais que fundamentaram o desenvolvimento desse trabalho estão circunscritas às seguintes discussões:

- Trabalho e Educação
- Formação Continuada em Saúde – uma Questão Educacional
- Uma Experiência Educacional como Referência para a Formação Continuada
- Trabalho para Promoção da Saúde da Criança

2.2 TRABALHO E EDUCAÇÃO

Nos dias atuais assiste-se à revolução proveniente tanto do rápido desenvolvimento tecnológico em quase todas as áreas do conhecimento como da globalização econômica e dos impactos dela advindos. Esses fenômenos de ordem estrutural vêm trazendo mudanças nos padrões de trabalho e de emprego, exigindo constante vigilância por parte das instituições de ensino e formação profissional, independente das flutuações econômicas que possam surgir.

Com efeito, a necessidade de as instituições se adaptarem de maneira mais rápida e eficaz à intensa difusão das novas tecnologias tem dado origem a profundas modificações na estrutura da qualificação profissional, afetando o modo de executar o trabalho e, em conseqüência, o modo como se organiza a formação dos trabalhadores.

Acrescente-se a isso um contexto de mundialização dos mercados, que envolve dois movimentos contraditórios: ao lado do aumento do trabalho informal e precário em

virtude do processo de acumulação flexível delinea-se a exigência de um trabalhador multiquificado, capaz de enfrentar situações em constantes mudanças. Novos processos de trabalho decorrem desse estado de coisas, nos quais a questão central passa a ser a flexibilização da produção, a especialização flexível, novos padrões de produtividade e formas inovadoras de adequação da produção à lógica do mercado, deslocando o cronômetro e a produção em série e de massa para outro plano. Têm sido buscadas também alternativas de gestão dos trabalhadores, dentre as quais destacam-se a Gestão Participativa, os Círculos de Controle de Qualidade e a busca de Qualidade Total, em desenvolvimento em vários países de capitalismo avançado e naqueles do Terceiro Mundo industrializado (cf. SABEL e PIORE, 1984; ANNUNZIATO, 1989; CLARKE, 1991; HARVEY, 1992; CORIAT, 1992a e 1992b).

ANTUNES (1995) observa que existe múltipla “processualidade” no capitalismo contemporâneo, expressa principalmente pela desproletarização do trabalho industrial fabril e pela subproletarização. A primeira tem como efeito a redução da classe operária industrial tradicional, ao lado da grande expansão do setor de serviços e da conseqüente ampliação do trabalho assalariado, bem como a crescente incorporação da mulher no mundo operário. Por sua vez, a subproletarização está presente no aumento do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, ou seja, terceirizado.

O autor diz que o mais brutal resultado dessas transformações da era contemporânea reside na expansão do desemprego estrutural, com “processualidade” contraditória de maior heteroginização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora.

Como destaca DELUIZ (1996), concomitante a esse contexto de ampliação do trabalho precário e informal surge a revalorização do trabalho, em que o trabalhador multiquificado, polivalente, deve exercer funções mais abstratas e intelectuais na automação, as quais dele reclamam: capacidade de diagnóstico e solução de problemas, de tomar decisões e intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de auto-organizar-se para enfrentar situações em constante mudança.

Em vista disso, a autora acrescenta que o papel da educação deve retornar à agenda de discussões, sinalizando para exigências de competências de longo prazo contextualizadas no processo de globalização econômica, de reestruturação produtiva e de mudanças no conteúdo e natureza do trabalho que são dificultadas pelos aspectos integradores e desintegradores de semelhante processo. Evidencia

igualmente que tais competências só podem ser construídas sobre a ampla base da *educação geral* (conhecimento científico), da *formação profissional* (conhecimento técnico) e das *experiências de trabalho e social* (qualificações tácitas), que constituiriam, em síntese, a qualificação real do trabalhador.

No caso do setor saúde, essas questões tornam-se mais intensas porque, além da adequação das Escolas de Formação dos trabalhadores às exigências dos novos tempos, colocam-se as peculiaridades do trabalho em saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS), onde quase sempre se impõe o desenvolvimento de estratégias para lidar não só com a problemática saúde / doença, mas também com seus determinantes. Ao mesmo tempo, ficam mais complexas as situações de interdependência dos seus profissionais no que concerne à dinâmica do emprego em saúde, acrescidas das dificuldades derivadas da adequação desses agentes a uma Organização de Serviços e a suas regras de desempenho produtivo.

Contudo, nem sempre a relação entre trabalho e educação apoiou-se na cisão e desconexão entre matérias teóricas e práticas.

Alguns autores apontam que o longo caminho percorrido desde as origens da divisão manufatureira elementar do trabalho até os mais sofisticados estudos de movimentos e tempos não é outra coisa senão a longa campanha de separação das funções de *concepção* e *execução*, convertendo as primeiras em monopólio do capital e da direção e relegando as segundas aos trabalhadores de base. Essa característica está ligada a uma das constantes do pensamento educacional, a saber, *o idealismo*, cuja principal base material está na cisão entre trabalho manual e intelectual, sendo responsável pela hegemonia dessa divisão tanto no pensamento em geral quanto na própria origem da escola, que vive dessa dissociação ao longo da história (cf. GORZ, 1974, 1980; SILVA, 1989; ENGUITA, 1989, 1993).

Esses pesquisadores acentuam ainda que tais questões se revelam na organização curricular, na compartimentalização dos conhecimentos e habilidades em disciplinas escolares, combinando muitas doses de teoria sem prática com algumas de prática sem teoria. A real natureza de classe da escola – dizem eles – está na separação que esta introduz entre cultura e produção, ciência e técnica, assim como entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Como esses estudos vêm demonstrando, a relação do saber escolástico com o saber profissional tem-se constituído em importante tema de pesquisa, conquanto

persista a falta de clareza em sua teorização, uma vez que são vagas e imprecisas as alusões ao trabalho como princípio educativo, as quais, em geral, fundam-se na perspectiva idealista do trabalho e da educação.

Existe claramente a necessidade de aprofundamento teórico e metodológico da vinculação entre *trabalho, educação e processo de trabalho*, uma vez que é no processo de trabalho que tem lugar a socialização imediata por meio das diferentes expressões de resistência e de subordinação da força de trabalho, segundo GOMEZ MINAYO (1995).

Estudos e teses refletem a diversidade de orientações nas propostas para a área da educação e expressam também as diferentes concepções teórico-metodológicas e políticas acerca das ligações entre *educação / sociedade; trabalho / educação; exercício das práticas / produção de conhecimento*, assim como sobre suas implicações na construção da teoria de ensino e de um transformador processo educacional (cf. BOURDIEU & Passeron, 1975; GRAMSCI, 1979; BOULOS, 1985; FREIRE, 1971, 1992, 1997).

Parte-se da consideração de que ambos os saberes – *teórico e prático* – são imprescindíveis; por conseguinte, em situação na qual predomine o ensino teórico, dito ‘de livro’, pode-se detectar conflito em virtude de o ensino estar afastado dos problemas concretos da prática, conforme assinalou uma aluna recém-graduada pelo curso de Medicina, ao expressar sua concepção sobre a formação de Pediatra:

*A gente tem aula e depois vai ver aquela criança, só que toda criança não é **criança de livro** (...) então (...) se você vai querer explicar o que aprendeu naquela teoria, no livro, e não é daquele jeito (...) tem desvinculação do quadro que a gente vê com o quadro que pintaram prá gente. (Apud TAVARES, 1990:144)*

Nesse sentido, SCHWARTZ (1977) diz que todo saber prático comprometido é consumidor de teoria enquanto esta significa seleção, organização e ordenação de conceitos, dado que qualquer um, no exercício da prática, procura vencer os fatores de desorganização presentes em todas as situações humanas. Este autor chama a atenção para o fato de toda prática abranger uma inteligência das coisas, passando a ocupar um lugar na perspectiva teórica logo que se sistematiza, se reflete, se organiza e se gera.

Esses e outros fatores – tais como *a própria evolução do conhecimento e a noção de desenvolvimento e de progresso, o impacto da ciência sobre a tecnologia e o*

saber construído na escola, em geral tão pouco preocupado com a operacionalidade – legitimam um saber-fazer utópico, desde quando só é valorizada a hegemonia do saber ‘de livro’ em sua construção, mesmo que se reconheça a distância entre os saberes escolares e a prática para a qual deviam preparar.

Contudo, existe uma crise na reflexão teórica sobre trabalho e educação, em particular, como decorrência da deformação do processo de trabalho no sistema capitalista a partir da década de 20, questionando-se não a formação no trabalho, mas a reificação do processo formativo que corresponde ao trabalho alienado e alienante regido pela acumulação do capital, como asseveram alguns autores (cf. ARENDT, 1983; HABERMAS, 1987; KURZ, 1992; CASTORIADIS, 1995).

Diversos estudiosos argumentam que a ética do trabalho sofreu declínio, tendo sido minada por fatores como desqualificação, degradação e desemprego, para além de evidenciar que o trabalho deixou de ser fonte de satisfação e significado para a vida (cf. WEBER, 1967; OFFE, 1989; GORZ, 1990).

Torna-se essencial trazer para essa discussão a distinção entre trabalho concreto e abstrato efetuada por ANTUNES (1995) e que corresponde, respectivamente, às expressões *work* e *labour* utilizadas por MARX (1971). De acordo com HELLER (1994) ao retomar esse debate, tais expressões ligam-se à dupla dimensão do trabalho, sendo a primeira, a execução de um trabalho que integra a vida cotidiana e cria valores socialmente úteis, enquanto a segunda, corresponde à atividade de trabalho genérica, assumindo a forma de atividade estranhada, fetichizada – e, por isso, alienante – no capitalismo.

Estudos chamam a atenção, de um lado, para a natureza multidimensional assumida pelo trabalho, levando-se em conta a dimensão global que determina, em sua organização, mudanças situadas para além dos fatores internos às empresas (cf. HIRATA, 1992, 1993; IANNI, 1994). De outro, observa-se que o setor serviços pode levar a trabalho reflexivo, orientado pela lógica de manutenção efetiva da ordem em razão de sua natureza mediadora, reguladora, ordenadora e normalizadora (OFFE, 1989a).

Todo esse debate é expressivo para a construção de projetos de formação continuada e indica a exigência de superação do trabalho *labour*, demandando o reconhecimento do papel central do trabalho assalariado como condição e tendo, como pólo central, a própria classe trabalhadora, ainda que fragmentada, heterogêinizada e complexificada.

Outro aspecto a ser ponderado nessa discussão consiste na inegável situação contraditória que está presente na forma de ver e pensar o ensino da prática. Ao mesmo tempo em que é desvalorizado e isolado por representar atividade considerada 'menor' no conjunto das disciplinas do bloco teórico, constitui muitas vezes a tábua de salvação para o exercício profissional competente (FREITAS, 1996).

Essa percepção do papel da prática na formação – isto é, do processo educacional sob a forma de estágios / treinamentos – é comum aos cursos das diferentes instituições de ensino superior e se estende também ao 2º grau da Habilitação Específica do Magistério, muitas vezes restrito a observações / relatórios de aulas isoladas (cf. FRANCO et al., 1979; MELLO et al., 1983; FÁVERO, 1987; BAPTISTELLA, 1994).

Quanto ao trabalho do professor, FREITAS (1996) afirma que os determinantes sociais e historicamente produzidos têm conduzido não só à depreciação da prática em contraposição à teoria, mas ainda explicam, em parte, a baixa pontuação que aquela adquire no conjunto das disciplinas dos currículos e o pouco espaço que ocupa na política científica e acadêmica da Universidade.

No campo da prática de ensino, CARVALHO (1992) acentua que são colocadas em segundo plano as relações estabelecidas entre as questões específicas e particulares do ensino de determinada área do conhecimento e as questões gerais da escola e da sociedade, bem como as associações possíveis entre diferentes componentes curriculares dos cursos de formação de professores. Nesse sentido, PICONEZ (1991) acrescenta a necessidade de ampliação política, epistemológica e profissional, uma vez que, sendo atividade teórico-prática, abrange a totalidade das ações do currículo.

Transpondo-se essa questão para a área da saúde, vislumbra-se a possibilidade de consenso, no que diz respeito ao senso comum, quanto à importância do papel que a atividade prática exerce no conjunto das disciplinas que compõem os diversos cursos de formação dos profissionais de saúde nos vários níveis – *elementar, médio e superior* –, desde a formação básica específica até a especialização, assumindo, esta última, o caráter de estágio e / ou treinamento. Mas, em geral, esse campo não possui espaço próprio nos currículos oficiais dos cursos de formação dos profissionais, ficando reduzido ao corpo de conhecimentos específicos das disciplinas.

Todas essas questões se refletem na pouca valorização do ensino e da pesquisa e nas ações de saúde que configuram a prática, com predomínio do ensino do cuidado hospitalar. Essas ações expressas no modelo assistencial vigente tornam-se de pouco valor como referências teórico-metodológicas para os campos assinalados; além de, em si mesmas, não chegarem a responder às *necessidades essenciais*¹ tanto da população atendida quanto dos profissionais formalmente habilitados para atendê-las.

Como destaca ADESSE (1994), os *usuários / sujeitos da atenção* quase sempre sofrem interdição de suas falas e / ou invalidação de seus questionamentos, situação que suscita de SCHRAIBER et al. (1996) o comentário:

*Essa concepção sobre as necessidades dos sujeitos da atenção torna aqueles, para quem esse processo assim se realiza, cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua sociabilidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade. O produto desse processo é uma tal **naturalização** das demandas que elas parecerão **sem história** ou **sem razão social**, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica. (SCHRAIBER et al., 1996:31)*

Quanto aos profissionais – *sujeitos / agentes de trabalho na atenção* –, a alienação não diz respeito ao pensamento ou às formas de atividade da vida diária, mas a sua relação com estas formas de ação. Isto implica que suas atividades não deveriam ser apenas *meio de sustento*, transformando-se em fim em si à medida que os homens estivessem envolvidos em cada atividade como personalidade total, não sendo ativos, portanto, só como força de trabalho, conforme pontua HELLER (1994).

Fica claro que ambos os sujeitos – *usuários e profissionais de saúde* – com papéis bem diferenciados – *portador da demanda / objeto da ação técnica x agente da intervenção / trabalhador* – não são individualidades homogêneas e lidam com necessidades próprias; tornam-nas singulares como demandas individuais, ao mesmo tempo em que as articulam ao conjunto da sociedade, reforçando seja o modo que esta vida social lhes oferece para resolverem suas necessidades, seja o modo social de vida que as soluções representam (RODRIGUES et al., 1996).

¹ Necessidades essenciais no sentido de demandas individuais que estão ligadas à interação entre o indivíduo e seu mundo, não podendo ser satisfeitas em uma sociedade fundada em relações de subordinação e de domínio (HELLER, 1994).

2.3 FORMAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE – UMA QUESTÃO EDUCACIONAL

A educação permanece sendo tema inquietante, no contexto atual, caracterizado por dificuldades e incertezas no plano econômico e no campo tecnológico. Há forte convicção de que a educação e um de seus desdobramentos – *a formação profissional* – conformam pontos centrais da revolução industrial contemporânea, fato que tem encontrado eco no processo de globalização da economia mundial e nas novas formas de produção.

RAMOS BARBIERI et al. (1994) chamam a atenção para a necessidade de o professor dar continuidade à formação da graduação não apenas para ficar atualizado no que concerne às mudanças na área do conhecimento da disciplina que leciona, mas por razão mais urgente e profunda relativa à própria natureza do fazer pedagógico, ou seja, ao domínio da práxis, portanto, histórico e inacabado.

LEITE (1995) argumenta que, face à difusão do novo perfil de competências no mercado de trabalho, a dicotomia educação / formação profissional e a correspondente separação dos campos de atuação entre instituições educacionais e de formação profissional começam a perder sentido. Segundo a autora, trabalho e cidadania exigem desenvolvimento integral do indivíduo, o qual é, ao mesmo tempo, trabalhador e cidadão competente e consciente.

A responsabilidade do profissional – anteriormente fundada no comportamento, *disciplina e esforço* – apresenta hoje um conteúdo que se funda na busca de manutenção do processo produtivo. Do mesmo modo, o conhecimento ligado à experiência, à habilidade manual e à rotina requer maior domínio cognitivo, associado diretamente à capacidade de identificar e resolver problemas.

Cresce ainda a interdependência de funções e níveis, o que resulta na relevância do trabalho em equipe, em detrimento dos postos de trabalho, e na compreensão de que a constituição de parcerias propicia, por meio de trabalho conjunto e articulado, a criação de novas competências para superar os desafios surgidos em decorrência das mudanças no mundo do trabalho. Semelhante articulação pressupõe a disseminação do saber, da informação e da formação.

As preocupações com a formação adquirida têm-se expressado de modo mais intenso nas duas últimas décadas. Na tentativa de resolução de problemas conjunturais associados ao emprego ou à produção, uma grande variedade de ações educativas, especificadas como de continuidade à formação inicial, surgiu na

quase totalidade dos países, em todas as áreas do conhecimento e níveis de escolaridade.

Esse movimento, em muitos casos, restringe-se a soluções pedagógicas que não levam em conta as reais necessidades de formação, uma vez que as mudanças de nossa sociedade demandam outras necessidades – *de natureza científica, técnica e cultural* – que não devem estar dissociadas das profissionais.

Tal evidência aponta que seu desenvolvimento teórico expressa preocupações no que se refere à evolução do conhecimento dentro do *habitus* (no sentido de BOURDIEU, 1983²) do raciocínio escolástico, que só dá a conhecer e a dizer *o que não é*, não mantendo relações diretas de operação com as práticas. Isto faz com que fique contido em um corpo organizado de disciplinas que adquirem mais o significado de aquisição de conhecimentos na forma de atualização / capacitação do que de processo educacional capaz de trazer aos trabalhadores a aquisição do próprio saber fazer e aos formadores, o investimento do seu saber no fazer.

Como pontua MALGLAIVE (1995), *a formação inicial e a contínua* estão estruturadas como distintas entre si, com diferenciações bem delimitadas no estabelecimento de conteúdos e objetivos e na sistematização dos meios materiais e pedagógicos. Assim, a primeira formação privilegia a lógica dos níveis de conhecimento e dos programas e se funda na separação, isto é, está centrada na cisão entre concepção e execução. A segunda, tem a lógica das atividades sociais e profissionais como indicador e, por conseguinte, a articulação entre o que vem sendo ensinado e as situações de trabalho e sua evolução. Acresce a isso, a legitimação e o predomínio do modelo escolar vigente, o que dificulta as práticas e a reflexão sobre a formação continuada pelo distanciamento que existe, na produção dos saberes escolares, entre estes e as práticas teoricamente correlatas.

Neste trabalho, a distinção entre os dois tipos de estrutura de formação – *a inicial e a contínua* – não tem a intenção de opor uma à outra, mas sim chamar a atenção para o estado atual da educação brasileira, que não difere da estrutura que predomina na maioria dos países.

² “... a noção de *habitus* não se aplica à interiorização das normas e valores, mas inclui os sistemas de classificação que pré-existem [sic] (logicamente) às representações sociais. Pressupõem um conjunto de ‘esquemas generativos’ que presidem a escolha... (...) Nesse sentido, o *habitus* tende pois a conformar e a orientar a ação, mas na medida em que é produto das relações sociais, ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações que o engendraram” (BORDIEU, 1983:15-6).

Fica claro, então, que se deve ao menos considerar na educação nacional – e, por isso, reconhecer – a necessidade de que, desde a formação básica sejam estabelecidas as articulações possíveis para referendar as ações, ao mesmo tempo em que o próprio agir seja elemento de aprendizagem e investigação. Conforme ressalta MARZOCHI (1997), coloca-se o resgate da via dupla saber / práxis a partir do reconhecimento do processo educacional como indutor de conhecimento frente à realidade instigadora de questões e de respostas através de um processo de trabalho produtor de conhecimento e propiciador de reflexão crítica que deve estar embutido na rotina das Instituições / Serviços de Referência.

Nessa direção deve-se buscar maior qualificação na formação cultural e técnica dos alunos, abrindo-se o ensino à diversidade da realidade do Brasil. O sistema educacional brasileiro precisa desenvolver a capacidade de reflexão crítica, criatividade e auto-aperfeiçoamento em seus alunos. Assim, para além da ampliação das oportunidades educacionais, impõe-se avaliação curricular, significativa reformulação dos planos e programas de ensino, bem como maior cuidado na organização de cursos profissionalizantes com apoio da educação geral.

O processo pedagógico da escola brasileira deve transformar-se para responder aos desafios da permanência e da qualidade, o que transcende o aumento de oportunidades educacionais a fim de atender às desigualdades regionais.

Ao lado do acesso é preciso que – desde a escola – o estudante esclareça idéias, perceba relações, estabeleça diferenças, compreenda processos, estime resultados, transfira conhecimentos, generalize conceitos, deduza conclusões, elabore modelos mentalmente e aprecie tendências e limites. Acentuando-se sempre com as crises econômicas, a preocupação com a qualidade do ensino não é nova e envolve fatores como: ambiente que estimule o desenvolvimento intelectual; mínimo de condições de ambiente escolar e de materiais instrucionais; e, principalmente, professores que valorizem a participação do aluno como sujeito do processo, conduzindo-o a novo grau de compreensão e conhecimento nos planos cognitivo, afetivo e psicomotor.

Na contemporaneidade, os enfoques dos estudos sobre a escola e a profissão docente têm incorporado referenciais mais ecléticos, que resultam da interseção do materialismo dialético com outras teorias do campo das ciências humanas.

Dessa forma, ao lado do surgimento da teoria educacional crítica – que aponta para a necessidade de mudanças estruturais econômicas e sociais em contraposição à

visão de mudança da sociedade através da escola – dá-se ênfase à busca de compreensão mais aprofundada de aspectos específicos da realidade. Entre tais estudos estão os de NÓVOA (1992) e SANTOS (1995), os quais, ao valorizarem os aspectos microssociais com ênfase no papel do agente-sujeito, estimam o desenvolvimento pessoal do professor como elemento essencial no processo de formação.

No que concerne à formação contínua, os estudos são escassos. De acordo com o documento básico da OPS (1990) sobre investigação e processos de educação permanente, há dois grandes grupos de fatores que obstaculizam o desenvolvimento desse tipo de investigação educacional. Um, relacionado aos comportamentos institucionais retroversivos e reprodutores, incluindo-se aí o *conservadorismo nas práticas, isolamento entre docência e serviço e preconceitos / mitificação do trabalho investigativo*. Outro, a insuficiência dos próprios paradigmas da pesquisa educacional, tanto *o empirista e seu risco de simplificação quanto o subjetivista e a renúncia à construção de um conhecimento científico e o crítico com fuga da análise do processo pedagógico*, o que delimita suas contribuições e reforça os mecanismos reprodutores das práticas formativas.

Quanto ao docente, estudos demonstram a importância da formação de formadores como eixo estratégico para transformar instituições de formação em centros de excelência, à proporção que a ação potencializadora do crescimento do formando depende da aptidão do formador e de sua competência profissional (cf. OMS, 1986; GONÇALVES, 1995; RAMOS BARBIERI, 1995).

RAMOS BARBIERI (1995) enfatiza a importância do assessor, do especialista e do pesquisador da área no processo educacional, porque eles trazem a matéria prima ou as explicações dela, ressaltando que os alunos de escolas brasileiras efetuam um trabalho árduo para articular os conteúdos, além de construírem sozinhos os conceitos e vencerem as barreiras do conhecimento.

A autora defende uma proposta de trabalho bem atual, fundamentada no resgate do professor que reflete a respeito de suas aulas e organiza seus registros, porque instalaria na escola uma perspectiva nova de construção de sua história, ao mesmo tempo em que possibilitaria a avaliação qualitativa do trabalho escolar. E adverte:

Cabe-nos encontrar uma trajetória metodológica comum que dê conta das categorias mediadoras da investigação científica, do ensino e das práticas profissionais, uma vez que se apresentam como campos isolados, na medida em que os

saberes que eles encerram se constituíram historicamente fragmentados (o saber enquanto produto da investigação, o construído pela ação de ensinar e aquele que sustenta o exercício de uma profissão). (RAMOS BARBIERI, 1995:10)

Ao atentar para as afirmações acerca da importância do **saber em uso**, conforme diz MALGLAIVE (1995) – isto é, para a articulação que deve existir entre as variadas formas de conhecimento – vê-se que ainda é pouco valorizada a experiência formativa concreta e particular vivenciada pelos trabalhadores dos Serviços desde sua graduação, situação que, em geral, se estende nos estágios e / ou cursos de especialização na grande maioria dos cursos da área da saúde e, com mais ênfase, na Escola Médica. Esse distanciamento é regulado à medida que o processo educacional leva à crescente atomização do social, à especialização precoce, à fragmentação e desarticulação das diversas disciplinas e à concepção biológica pura da problemática saúde / doença, entre outros fatores, fazendo da prática uma maneira particular e distante de abordar a realidade.

Assim, a aplicação de um conhecimento técnico e científico distanciado da realidade brasileira tem lugar em razão das dificuldades de articulá-lo não só com as estruturas existentes, mas também com os postulados do Sistema Único de Saúde (SUS) e a organização de seus Serviços. A prática é realizada, em geral, de maneira desvinculada no tempo e no espaço da evolução histórico-social e política seja da sociedade como um todo seja dos locais onde o profissional desempenhará atividades futuras.

No caso da atenção às crianças, essas questões tornam-se mais alarmantes quando se pondera que o eixo de qualquer ação, estudo e pesquisa deve estar voltado para seu crescimento e desenvolvimento. Para tal, destaca-se a relevância da identificação do sujeito-criança, pois a definição que lhe é atribuída usualmente no âmbito das ações corresponde, com freqüência, a uma idéia abstrata que independe da classe social a que pertence, transformando-a na criança universal, idêntica e sem cultura própria (TAVARES, 1990).

Considerando-se a especificidade e vulnerabilidade infantil, o conhecimento da criança de forma descontextualizada, com predomínio da valorização dos aspectos orgânicos, não raro leva a que esta criança e sua doença se confundam, pois a visão a respeito do paciente a partir da doença já instalada dificulta o entendimento do processo como resultante da interação, em diferentes graus, do biológico com os múltiplos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que o determinam.

Por sua vez, as situações contraditórias existentes na estrutura dos cursos de formação, em geral, e na área da saúde, em particular, tendem a ressaltar a dicotomia entre trabalho e educação, evidenciando nessas concepções as diferentes formas de pensar a Escola em suas relações com a sociedade e de conceber a organização curricular e a produção do conhecimento como 'neutros' e desligados da realidade histórico-social que os sustenta.

A respeito dessa questão, APPLE (1982) diz que a neutralidade permeia os pressupostos básicos da educação e se reflete nas representações hegemônicas e ideológicas quando troca os debates sociais e econômicos e mesmo os educacionais, por considerações de eficiência e de habilidades técnicas progressivamente despolitizadas, dirigidas pela instrumentalização neutra dos educadores.

Os quadros da discussão iniciada referem-se à *formação no trabalho e / ou a partir do trabalho*, colocando a formação / educação *no* e *a partir do trabalho* no sentido da conceituação de FREIRE (1971), ou seja, de que o processo de aprendizagem ocorre a partir da apropriação do aprendido e por sua transformação em apreendido, surgindo então as condições de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas.

Contudo, os impasses no campo da relação entre trabalho e educação não se circunscrevem a esses aspectos, mas dizem respeito também à multiplicidade de termos e significados quanto à terminologia utilizada no campo da Educação para assinalar processos educacionais após o curso de educação básica a que já foi feita referência parcial. Dentre as expressões mais comuns encontradas na literatura destacam-se: *reciclagem, treinamento, estágio, aperfeiçoamento, capacitação, educação continuada, educação permanente, formação continuada e formação permanente*.

No que concerne à reciclagem, ao treinamento, ao aperfeiçoamento e à capacitação, os termos podem evidenciar momentos distintos de processos educativos continuados. No entanto, há possibilidade de colocar a educação continuada, a educação permanente, a formação continuada e a formação permanente em mesmo bloco, pois encontra-se similaridade entre esses termos à medida que são empregados a partir de outro eixo da formação, que é a atividade profissional (MARIN, 1995).

LENGRAND (1973), no entanto, faz a crítica à introdução de novas expressões para identificar uma realidade que já está designada pelo termo estabelecido – educação permanente –, conceituando-a:

Entendemos por Educação Permanente uma ordem de idéias, de experiências e de realizações muito específicas, isto é, a educação na plenitude de sua concepção com a totalidade de seus aspectos e de suas dimensões, na continuidade ininterrupta de seu desenvolvimento, desde os primeiros momentos da existência até os últimos, e na articulação íntima e orgânica de seus diversos momentos e de suas fases sucessivas. (LENGRAND, 1973:26)

No campo da educação em saúde não há igualmente distinção clara entre educação continuada e permanente, conforme o analisado por MARIN (1995), pois os processos se confundem na operacionalização de suas propostas, apesar da produção teórica existente. Os trabalhos da literatura sobre educação permanente em saúde, porém, – sendo em sua maioria os documentos da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) – indicam diferenças teórico-metodológicas importantes entre os termos permanente e continuada, sendo a mais relevante, segundo DAVINI (1994), a de ter como objeto de transformação o próprio processo de trabalho, que é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem.

As distintas propostas de Educação Permanente em Saúde (EPS) foram promovidas pela OPS durante a década de 70 e configuravam-se como mecanismos para manutenção e extensão da competência profissional, principalmente no âmbito da profissão médica.

Na década de 80 iniciou-se um processo de avaliação, análise crítica e novas propostas para a problemática da educação na área da saúde e, em especial, para a educação permanente dos profissionais do setor. Surgiram projetos cuja tônica principal era a orientação da EPS para os aspectos da promoção humana, da dimensão participativa do trabalho em equipe e da integração entre Educação e Serviços, tendo em vista a mudança concomitante das práticas, da técnica e do social no contexto do trabalho em saúde (MERCER et al., 1992).

Vem sendo desenvolvida pela OPS, desde 1988, a proposta de reorientação da EPS dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde e há consenso sobre o processo educacional permanente desses trabalhadores ser um contínuo de ações de trabalho-aprendizagem que ocorre a partir de situação-problema em espaço do trabalho em saúde, conforme ressaltam HADDAD et al. (1994).

A Educação Continuada foi discutida no ensino médico em 1979, quando se destacou sua função na capacitação do indivíduo adulto para continuar a desenvolver-se por meio dos próprios interesses em contraponto à simples aquisição de conhecimento, sendo sua principal característica o caráter extra-escola, isto é, ser ministrada preferencialmente no local de trabalho. Do mesmo modo, foi definida como aquisição permanente de conhecimentos, de atitudes e destreza pelos médicos após concluída a Graduação, Especialização ou Pós-Graduação (cf. AMÂNCIO Y QUADRA, 1979; MACIEL, 1979).

O conceito de Formação Continuada é usado por autores que o relacionam diretamente com a produção do saber e da investigação à diferença da técnica que é, portanto, apoiada em saber exaustivo além de ter por base um *continuum* na formação, conferido aos profissionais pela apropriação dos saberes em um quadro de autonomia contextualizada e interativa que lhes permite reconstruir os significados da ação profissional (cf. DEMAILLY, 1992; NÓVOA, 1992; PERRENOUD, 1993; CASTORIADIS, 1995). Assim, diz respeito a um processo de formação orientado com duas categorias de ações – *formais e informais* –, cuja função consciente é a transmissão de saberes e de saber-fazer.

Nas discussões a respeito da formação de recursos humanos em saúde no Brasil, o conceito de Educação / Formação Continuada situa-se nas orientações e regulamentações para esse campo específico (BRASIL, MEC-DAU-CEM, 1976) sem estar contido, no entanto, em proposta sistematizada para sua operacionalização. Não deve ser esquecido que a qualidade das práticas de saúde é atribuída, com freqüência, à qualidade dos trabalhadores e esta é visualizada como produto da qualificação escolar desses agentes, conforme ressalta SCHRAIBER (1991).

Sabe-se também que existem várias propostas de educação continuada / permanente sendo operacionalizadas em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Órgãos Colegiados, além de Sociedades de Especialistas, cujos desenvolvimentos sinalizam o predomínio de treinamentos voltados para atualização de informações e pouco preocupados com sua aderência à prática profissional.

2.4 REFLEXÃO EDUCACIONAL: REFERÊNCIA PARA A FORMAÇÃO CONTINUADA

Alguns vazios são concebidos como possíveis nós críticos capazes de dificultar a construção e operacionalização de um projeto de formação continuada nos moldes

em que a discussão inicial deste estudo vem assinalando. Esses nós críticos, como destaca RAMOS BARBIERI (1997), consistiriam basicamente em:

- a) distanciamento da Academia quanto ao desenvolvimento de pesquisas e / ou projetos educacionais que considerem o saber produzido no âmbito da APS para fundamentar a realização de trabalho que vise a atenção integral a um sujeito, o que exige não apenas várias especialidades e / ou disciplinas, mas também sua articulação e intercessão diante dos desafios que emergem do cotidiano das práticas;
- b) recomendações das políticas de saúde expressas nos manuais, que exigem prática multiprofissional, em equipe, quando o currículo específico e fragmentado da formação básica e / ou contínua dos diferentes profissionais sustenta-se na produção científica das disciplinas e não no processo educacional.

Ao fazer referência às recomendações das políticas de saúde, pode-se perguntar, por exemplo, quais são os trabalhos da literatura que vêm fundamentando programas e experiências práticas com a metodologia científica proposta pela Academia?

Conforme assinala RAMOS BARBIERI (1997), de um lado há a constatação do “senso comum”, de um “vazio” de ciência “cheio” de recomendações, porque o modelo é outro, com centralização nos índices e dados que enfatizam, em situação de Unidade Básica de Saúde, as discussões da Saúde Pública sem passagem articulada para a Clínica; de outro lado, requer abordagens diferentes daquelas que são mais conhecidas, em que predominam os saberes da Clínica para atuação nas Enfermarias. Existe fundamentação, mas a metodologia utilizada faculta a permanência das dicotomias *medicina / saúde; preventivo / curativo; teoria / prática; básico / clínico* que limitam as práticas e colocam sua sistematização em segundo plano.

O ‘vazio’ decorre, assim, da centralização em disciplinas que habilitam a reprodução de certos métodos e técnicas com destreza, mas que, ao se concentrarem em si, favorecem a criação de espaço apenas virtual entre elas, uma vez que os eixos curriculares não propiciam as interfaces / articulações disciplinares, expressando-se, na prática, pelas ações paralelas e isoladas dos vários trabalhadores que compõem as equipes dos Serviços.

Tais questões sinalizam para a necessidade de ampliação do olhar que possa ocupar esse vazio, o qual, segundo JAPIASSU (1976), é a criação de consciência interdisciplinar.

Por sua vez, não há critérios claros de avaliação da produção da prática e dos saberes aí imanentes, refletindo-se na escassez de trabalhos científicos e na pouca relação técnica com outros níveis da atenção, chegando a prejudicar a integralidade da mesma. Em geral, as avaliações existentes centram suas análises nas fragmentações – *demanda, procedimentos, concentração de consultas e cobertura* – e não no resultado do trabalho como um todo, assim como não consideram que a Unidade de Saúde se coloca dentro de rede mais abrangente, a qual lhe proporcionará a construção do conhecimento para pensar as questões que lhe são inerentes ou as questões que a mesma aborda, além de dar-lhe respostas aos programas.

Refletindo acerca do segundo nó crítico, RAMOS BARBIERI (1997) evidencia que o aluno fica apenas com uma vaga lembrança de como se deu o processo educativo, porém conserva a forte presença do conteúdo específico das disciplinas. Isso porque a cobrança do domínio do cognitivo predomina em toda formação, todavia é precária a avaliação das relações das disciplinas e / ou áreas temáticas entre si. Da situação de aluno não permanece a cultura correspondente a uma vivência grupal – *trabalhos e discussões conjuntos, entre outros* – que poderia construir a base da futura equipe. Da mesma forma, não se desenvolveu a capacidade de articulação, que é o cerne da aprendizagem, dado que, em geral, ele é o ‘objeto’ e não o ‘sujeito’ dessa aprendizagem.

Existe um projeto de ensino que contemple essa questão? Porque é sabido que estes elementos não têm lugar na Graduação e nas várias Residências e / ou Especializações e / ou Estágios por onde passa o trabalhador, uma vez que a marca é o desempenho clínico. A formação em Saúde Pública não consegue igualmente operacionalizar as oposições complementares – *no sentido da superação dialética* – e se o trabalhador volta à Academia nos cursos *stricto sensu*, apesar de encontrar aí as condições que lhe permitam refletir criticamente, isso ocorre em nível individual e de forma distanciada.

Qual seria o espaço / projeto que daria conta da chamada formação continuada em serviço, também chamada educação continuada e educação permanente? Os

estágios rurais, os '*campus* avançados' e o treinamento em serviço nos moldes em que estão organizados?

O quadro mantém-se confuso não somente pela multiplicidade de conceitos, mas porque falta o saber estruturado para uma formação continuada que contemple rigorosamente os requisitos para a formação e para o desempenho no trabalho. Essa estrutura configura o arcabouço da fundamentação científica que é o projeto educacional, mas que também é mal formulado na Academia.

Considerando os marcos discutidos neste estudo, o projeto educacional 'continuado' que foi desenvolvido no Mestrado em Saúde da Criança no IFF / FIOCRUZ (1988-1996) aproxima-se da concepção de formação continuada aqui defendida na medida em que privilegia a unidade e a globalidade do processo educativo, para além de proporcionar aos profissionais a capacidade de desenvolver novo paradigma técnico, conceitual e metodológico integrador entre prática teórica e prática concreta.

Tal projeto envolve condições básicas, dentre as quais: 1) necessidade de percepção do geral por parte do formando, o que inclui a contradição entre o sistema educacional da Escola e o ensino da prática que 'igualam' ou homogeneiza as diferentes graduações, a dimensão pedagógica e os aspectos conceitual e técnico do trabalho; a simplificação quase imperceptível da rotina que mascara as evidências de investigação; as relações entre trabalho e local que deseducam / educam e ensinam a tomar atitudes; 2) autonomia do Serviço como exigência para a construção do conhecimento; 3) desenvolvimento de metodologias de avaliação que transcendem a prestação de contas da rotina e / ou projetos que não chegam a se configurar para que os interessados acompanhem os dados e apreendam o processo educacional e a produção de conhecimento no e para o trabalho.

Esses e outros elementos são fundamentais e viabilizam a formação continuada, uma vez que permitem ver e avaliar o educacional, suprimindo a necessidade de entendimento quanto ao processo de aprender, que não é atendida na Academia. Possibilitam o reconhecimento de que o aspecto técnico não está pronto, no sentido de corresponder integralmente às exigências daquele espaço. Por fim, ao orientar a sistematização da ação para a visibilidade e avaliação dos processos de trabalho educativo que aí ocorrem, conduzem à construção de arcabouço teórico e metodológico do saber produzido na prática, propiciando o rompimento das barreiras de distanciamento da Academia, bem como criando possibilidades de recurso à

assessoria, uma vez que não é auto-suficiente e está explicitado justamente sob a forma de projeto educacional.

2.5 TRABALHO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

De início é importante esclarecer que essa discussão centra-se no conceito de trabalho no plano de Sistema Local de Saúde (SILOS) como modelo de atenção / prestação de saúde para determinada população (PAIM, 1993), o qual difere do trabalho de SILOS concebido como modelo organizacional / gerencial de recursos / serviços de saúde em dado território. Esta perspectiva estima a unidade de serviços mínima como unidade de saúde de atenção primária que tem a responsabilidade da operacionalização do trabalho / modelo de atenção no que concerne aos indivíduos, famílias, grupos sociais e meio ambiente. Isso também envolve o pensar acerca da combinação de tecnologias a serem acionadas em função dos problemas de saúde, identificados a partir do perfil epidemiológico de uma população, o que requer, como referencial, os saberes da Epidemiologia, da Clínica e das Ciências Sociais.

Desse modo, as ações de saúde devem ser entendidas como prática social que acarretaria seu direcionamento no sentido de possibilitar a superação do modelo biologicista dominante, o qual, na organização e prática atuais, está centrado nas consultas médicas em que predominam as intervenções no adoecer, sendo os aspectos psicossociais pouco estimados como determinantes dos 'problemas de saúde' e / ou de sua manutenção.

Segundo NOGUEIRA (1992) é preciso ponderar três dimensões fundamentais quando se fala de processo de trabalho na área da saúde:

- a primeira, por incluir as características gerais do processo de trabalho e de transformações acarretadas pela globalização, afora aquelas relativas ao fato de pertencerem, dentro dessa categoria, à modalidade dos serviços. Isso envolve questões complexas de composição econômica e técnica do capital e a dinâmica das trocas, que têm também correspondência no setor saúde;
- a segunda, apesar de ser um serviço e ter especificidade própria, por carecer de análises teóricas da economia clássica em virtude de não ter sido setor predominante na dinâmica da acumulação capitalista do século dezenove, ainda que o seja hoje, na modernidade do capitalismo. Em razão de constituir um serviço, pressupõe o efeito útil de alguma coisa, diferenciando-se no setor saúde

porque, além das características de serviço pessoal, envolve consumo interno de mercadorias, o que o situa em distinta dimensão mercantil;

- a terceira vem do fato de esse serviço não se efetuar sobre coisas, mas em pessoas, com base em uma inter-relação em que o sujeito da atenção não só contribui para o processo de trabalho, mas dele é parte, tornando-se fundamental semelhante participação para o êxito das ações.

Destaca-se aqui a fragmentação dos atos como fator de interesse, uma vez que o usuário tem que passar por uma série de atos de diagnóstico e de terapia para ter seu problema resolvido. Dessa forma, o sentido de cada ato geralmente lhe escapa, acrescentando-se a isso o fato de ter que percorrer um labirinto de serviços dos quais ignora o significado. Em suma, apesar de ficar diluído o sentido de todas as intervenções que são realizadas sobre o corpo do indivíduo, solicita-se a sua colaboração.

Essa concepção assinala a importância da articulação da infra-estrutura com a produção de serviços, isto é, a necessidade de que tanto os recursos financeiros, as instalações físicas, os equipamentos, os materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos quanto as normas e procedimentos das várias categorias profissionais aí envolvidas, e que não detêm formação específica, sejam como elos integradores com a equipe que realiza a produção direta do Serviço. Salienta, de igual modo, a exigência da filosofia de qualidade total quanto à articulação entre equipe e clientela e a integração entre a qualidade do produto e a qualidade no processo de trabalho (cf. MANDELLI, 1997; SANTANA et al., 1997).

Neste caso é de suma importância que os trabalhadores dos Serviços assumam o sentido de trabalho em equipe e de trabalho articulado, em que os diferentes setores e os trabalhadores envolvidos mantêm tal relação de interdependência como elos integradores.

Na continuação de sua análise, NOGUEIRA (1991) ressalta que essas três dimensões são intercomplementares e interagentes, chamando a atenção para a idéia de que o processo de trabalho em saúde é sentido como abstrato porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde que não atuam segundo a lógica de substituição de tecnologia por trabalho, mas que são conformes à lógica de acúmulo das novas tecnologias e da variedade de Serviços. Daí o sentido de fragmentação da prestação e do consumo de serviços de saúde.

OFFE (1991) considera que o setor serviço está inserido em um processo global por meio da produção em si e das atividades que servem à manutenção e modificação das formas de preenchimento dessa força, exercendo funções de proteção e resguardo. Acrescenta que são entendidos como meta-trabalhos ou trabalhos reflexivos por esse motivo.

Neste tema insere-se outra particularidade do trabalho em saúde, que é a de sua direcionalidade técnica atual ter natureza coletiva não interdisciplinar, com o predomínio de uma categoria, a dos médicos, a partir de sua autoridade técnica e social. Interessa também indicar que há integração entre os aspectos intelectual e manual, o que não evita a separação entre ambos em termos funcionais mais globais (NOGUEIRA, 1991).

Afora as considerações efetuadas acima acerca das características e especificidades do trabalho em saúde, convém abordar de forma dialética duas questões que são responsáveis por essas particularidades. De um lado, como uma perspectiva, a relação entre demanda por cuidados de saúde de dada população, que tem expressividade e entendimento próprio sobre problemática e cuidados possíveis, e os cuidados efetivamente oferecidos por um Serviço ou estrutura de Serviços. De outro, a estrutura da organização do trabalho ou das práticas, que dá suporte às ações de saúde no que concerne aos recursos materiais, organizacionais e humanos.

Para entendimento das especificidades desse trabalho é preciso tecer alguns comentários sobre sua organização histórica, que se deu em dois pontos: o primeiro, dirigido ao corpo individual e o segundo, voltado à prática clínica e sanitária para a população.

A óptica que toma como objeto o individual teve sua base no desenvolvimento da clínica, que se tornou dominante no conjunto das práticas de saúde. Sua organização foi iniciada no século XIX e correspondeu à reformulação do entendimento da doença, até então vista como entidade ontológica dentro da concepção da 'medicina das espécies', passando a ser concebida no espaço do corpo. Houve o reconhecimento do processo patológico ocorrido nos tecidos e órgãos, cabendo à clínica determinar qual o órgão acometido através da semiologia e explicar como este se tornou sede da doença. Finalmente, surgiu a exigência de uma ação para o retorno à normalidade por meio da supressão da causa desencadeante daqueles efeitos (FOUCAULT, 1977).

Outra concepção, sob a mesma óptica, é aquela dada pela necessidade, que tanto pode ser sentida pelo indivíduo como pode existir no plano coletivo pela percepção de transgressão da normalidade. Segundo CANGUILHEM (1990), estas percepções ocorreriam primeiro no plano biológico do indivíduo, no que se refere às alterações do funcionamento do corpo. Iniciado este processo, por ser o homem um ser social, haveria a determinação social de necessidade médica. Tal percepção não é estável e está associada às funções do corpo e à posição que este ocupa na sociedade.

Uma revisão da literatura acerca das raízes sociais do trabalho médico está presente nos estudos de DONNANGELO (1975) e MENDES GONÇALVES (1984) que colocam em evidência a posição relativa da prática médica no que tange as formações históricas da organização social.

MACHADO et al. (1997) ressaltam que os médicos, pela natureza de sua atividade e do processo de trabalho, têm forma singular de inserção no mundo do trabalho, o que dificulta o desenvolvimento de uma análise socioeconômica detalhada para compreensão desse mercado bastante complexo de prestação de serviços. Esses autores atentam na intensidade do processo de trabalho como característica marcante do mercado de trabalho médico, constatando que esses profissionais exercem atividades simultâneas em diversos locais mediante estudo em que se verificou que 58,8% dos médicos do universo pesquisado conciliam três ou mais empregos.

O mercado de trabalho médico reflete essa dinâmica e se estrutura por intermédio de uma correlação entre as redes pública e privada e os tradicionais consultórios particulares, existindo concentração de médicos na capital, cuja idade está abaixo de 45 anos de idade e com predomínio do gênero masculino, realidade que foi evidenciada pela pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” e que pode ser visualizada no quadro que segue (MACHADO et al., 1997):

Quadro 1– Características do Mercado de Trabalho Médico. Brasil, 1995

| CARACTERÍSTICAS | % |
|------------------------|----------|
| Setor Público | 69,7 |
| Setor Privado | 59,3 |
| Consultório | 74,7 |
| Capital | 65,9 |
| Interior | 34,1 |
| Masculino | 67,3 |
| Feminino | 32,7 |
| Menos de 45 anos | 65,8 |

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, FIOCRUZ / CFM.

No modelo assistencial vigente, por sua vez, mantêm-se as oposições entre a prática clínica e a sanitária como modelos assistenciais de perspectivas diversas: de “*consulta*”, efetuada pelos médicos clínicos e os demais trabalhadores referidos a essa forma de assistência, e de “*controle sobre a doença / saúde*”, feita pelo médico sanitarista e demais profissionais da Saúde Pública. Os sanitaristas, ainda que possam realizar no cotidiano dos Serviços um ajuste com seu processo educacional, enfrentam quase sempre situações de tensão pela forma de inserção no modelo assistencial dominante (SCHRAIBER, 1990).

A respeito da instabilidade das instituições públicas – *locus* principal de inserção dos sanitaristas – e também da crescente desvalorização do papel deste profissional quanto a seu lugar nas equipes de Saúde nos Serviços, BELISÁRIO (1995) acentua a necessidade de reorganização técnica da Saúde Coletiva, que incluiria a reflexão sobre o novo perfil concebido para o sanitarista, o que levaria a questionamentos e despertaria dúvidas acerca das perspectivas do médico-sanitarista, em virtude de o corpo de conhecimento desta área não pertencer a somente uma categoria profissional.

MINAYO (1991b) e ROCHA (1992) analisam a dificuldade dos médicos para a integração dos conhecimentos de prevenção e promoção da saúde, quase sempre diluídos, desde a formação, nas disciplinas dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, aparentemente tão longínquas de sua prática e interesse.

De forma geral, os modelos assistenciais no Brasil não contemplam as necessidades básicas de saúde e estão em desacordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com um dos elementos constitutivos do conceito de saúde atual e ampliado, que está contemplado na Constituição (BRASIL, 1988, seção II, art.196).

A constatação está expressa, por exemplo, nos dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL / MS, 1997a; 1997b), que indicam terem sido feitos, em 1996, 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames, bem como terem sido aplicadas 48 milhões de doses de vacinas. O levantamento ressalta que, apesar do volume de serviço da saúde pública no Brasil, mais de 10 milhões de brasileiros não têm acesso a atendimento básico, sem falar nos gastos com doenças facilmente evitáveis, o que sinaliza a situação de crise da saúde. Nesse documento também estão citadas as medidas propostas para superar os desafios estruturais, a saber: modelo estável de

financiamento, descentralização dos serviços, reestruturação interna e fiscalização permanente da aplicação dos recursos.

A partir desses dados (BRASIL / MS, 1997a, 1997b), o Ministério da Saúde propôs a transformação do ano de 1997 como *ano da saúde* e, para alcançar esse objetivo, delineou ações e metas prioritárias, entre as quais se destacam: 1) prevenção com ênfase no atendimento básico (Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Gestão do Atendimento Básico; Farmácias Básicas; Vacinação; Combate às Endemias; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS; Hipertensão e Diabetes); 2) melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Gestão Plena; Consórcios; Resgates e Primeiros Socorros; Alternativas à Internação Hospitalar; Capacitação; Reforços; AIDS; Acreditação Hospitalar; Controle do Câncer; Revisão da Tabela do SUS; Planos de Saúde); 3) mutirão social pela saúde (Fortalecimento dos Conselhos de saúde; Transparência; Disque-saúde).

Essa proposição, contudo, não passou de protocolo de boas intenções, apesar de ter obtido resultados positivos, tais como a queda progressiva da mortalidade e o crescimento da expectativa de vida, o que não garantiu, no entanto, a abrangência de um real 'ano da saúde'.

Para BARROS (1997), no caso do Brasil, a maneira de a saúde inscrever-se na reformulação das políticas para o futuro consiste no resgate dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, do direito à saúde e das ações intersetoriais do SUS.

LAURELL (1997) avalia que as promessas de cobertura universal, mais eficiência, melhor qualidade e equidade de acesso são feitas na ausência de uma só evidência de que as estratégias de privatização, descentralização e focalização propostas dariam conta de tais promessas. E acrescenta que a lógica do processo de globalização – em que há predomínio da linguagem econômica sobre a humanista – traz impacto negativo direto sobre a política de saúde.

Persiste um quadro da realidade das condições de vida e saúde da população, em geral, e das crianças, em particular, que aponta para a importância da visualização do processo de saúde / doença como expressão dos processos sociais na coletividade, isto é, dos fenômenos de saúde e doença inseridos em contexto econômico, político e ideológico da sociedade e não somente como fenômeno biológico isolado que acomete indivíduos.

Observam-se diversas transformações no campo da saúde condicionadas pelo desenvolvimento socioeconômico, que são responsáveis pela transição epidemiológica, cujo modelo depende da história e das condições específicas de cada país. Essa transição passou por três estágios nos países desenvolvidos, ao longo de mais de um século, enquanto os países em desenvolvimento convivem com os mesmos estágios simultaneamente, o que é denominado acumulação epidemiológica (Buss, 1998).

Esse quadro – documento básico que resultou da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992 – apresenta as crianças, os jovens, as mulheres e as populações indígenas e suas comunidades como integrantes dos grupos vulneráveis nas áreas de programa para proteção e promoção da saúde humana contidas na AGENDA 21 (BRASIL / Senado Federal, 1996).

No que diz respeito especificamente à criança reafirmaram-se as metas voltadas a sua sobrevivência, desenvolvimento e proteção por ocasião da Cúpula Mundial sobre Criança (1990), as quais consistem em: saúde e educação básica para a mulher, nutrição e saúde infantil, água e saneamento, bem como educação fundamental para crianças em circunstâncias difíceis. Além destas, o reforço dos serviços básicos de atenção primária de saúde e a articulação intersetorial foram incluídos como metas, tendo em vista que integram a concretização dos objetivos do desenvolvimento sustentável e da conservação primária do meio ambiente.

Como parâmetro igualmente importante para expressar a qualidade de vida e o progresso humano em âmbito mundial existe o paradigma de desenvolvimento humano (BRASIL / Banco Mundial, 1996) que enfatiza: o crescimento econômico a partir do *desenvolvimento para as pessoas*; a equidade ou o acesso a iguais oportunidades, no sentido do *desenvolvimento das pessoas*; a sustentabilidade ou desenvolvimento sustentável e a participação na decisão (*empowerment*) que significa *desenvolvimento pelas pessoas*. Esse parâmetro é expresso pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o qual se traduz em variáveis que medem a longevidade, o nível educacional e a renda.

No Brasil, as repercussões dessas medidas para a saúde das crianças – cujos dados se encontram no Relatório do Banco Mundial (BRASIL / Banco Mundial, 1996) – indicam, por exemplo: a) escolarização desigual entre zonas (57% para a urbana contra 30% na rural) e regiões (95% para o sudeste e 73% para o nordeste); b)

trabalho precoce (14% de crianças que estudam e trabalham e 12% das que já abandonaram a escola e só trabalham, nas famílias mais pobres, com ganhos de até 1/4 do salário mínimo; c) desnutrição grave, principalmente em crianças abaixo de dois anos de idade, com repercussão no crescimento. Esses indicadores evidenciam as conseqüências do modelo político e econômico neoliberal que diz, apenas no discurso, da intenção de criar estratégias que possibilitem o alcance do desenvolvimento humano *para, das e pelas pessoas*.

As propostas norteadoras dos sistemas e serviços de saúde têm sua origem na 27ª Assembléia Mundial de Saúde, promovida em 1977 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que lançou a meta de “Saúde para Todos para o Ano 2000” (SPT / 2000) na tentativa de equacionar os agravos causados aos países periféricos pelo empobrecimento geral, que se expressava, em especial, nos altos coeficientes de mortalidade infantil.

Para o cumprimento dessa meta (SPT / 2000) realizou-se, em 1978, a “Conferência de Alma Atta”, cuja orientação central foi a estratégia da Atenção Primária de Saúde (APS) a ser implementada sob a forma de programas compostos de ações básicas para a criança, a mulher e o adulto (OMS / UNICEF, 1978).

As Ações Básicas surgiram no campo específico da atenção à saúde da criança como tentativa de adequação da oferta dos Serviços, de modo a concentrar recursos em dimensão correta para a solução dos problemas de saúde mais graves e de maior prevalência na população de crianças menores de 5 anos de idade.

Essa proposição tem por base a redução da mortalidade infantil e, para sua consecução, afora as ações propriamente ditas, exige uma reorganização dos serviços de saúde que considere a integralidade da atenção em sistema universal e descentralizado, além de garantir a equidade, a resolutividade e o controle social da população sobre as ações implementadas. O modelo assistencial teria base geográfica e população de abrangência, devendo ser operado por uma equipe de saúde cujo objetivo seria a prestação de serviços pautada nas características epidemiológicas locais (OMS / UNICEF, 1978).

Hoje, decorridos vinte anos de Alma Atta, as avaliações mostram que as ações básicas dirigidas à saúde da criança tiveram algum impacto a despeito de sua verticalidade, mas ficaram, no geral, aquém das expectativas. No Brasil sobressaem o impacto das ações de controle das doenças diarréicas com a terapia de reidratação oral e as ações de controle da imunização. O desmame precoce,

contudo, ainda é alto, persistindo a média nacional compreendida entre quinze e quarenta e cinco dias. O controle das complicações das infecções respiratórias agudas é baixo e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que deveria ser a ação-eixo, fica prejudicado, levando-se em conta que o desenvolvimento é pouco investigado.

Os obstáculos gerais que impediram o cumprimento do prazo proposto pela meta SPT / 2000 de forma universal também foram estimados. Entre eles, por exemplo, o fato de que, nos 53 países que concentram 13% da população mundial, a expectativa de vida média é de menos de 60 anos; as taxas de mortalidade infantil apresentam ampla variação entre os países, e, por fim, que a mortalidade materna na África sub-Saariana é, no total, três vezes maior que a encontrada mesmo entre os países menos desenvolvidos (OMS, 1996).

Todavia, esse documento ressalta a revolução causada pela SPT / 2000 na maneira de avaliar a questão da saúde a longo prazo, o seu lugar no desenvolvimento, bem como o fato de os cuidados primários de saúde terem servido de inspiração para todos os sistemas de saúde do mundo.

Com base nessa discussão, surge uma pergunta:

- Existe avaliação crítica por parte da equipe multiprofissional que trabalha na saúde da criança em nível de APS quanto ao seu papel, incluindo-se aí as metas da SPT / 2000 (atenção integral, equidade, participação social e comunitária, eficácia e eficiência e intersectorialidade)?

A questão é pertinente pelo próprio campo do conhecimento, que requer um todo mais amplo de caráter interdisciplinar capaz de levar em consideração o histórico e o social com a correspondente ação interprofissional.

Outro aspecto relevante é que, de acordo com a avaliação contida no documento da OMS (1996), a APS é assumida como nível de atenção / cuidados primários de saúde na organização de Serviços e não como estratégia que permite estabelecê-la conceitualmente, de maneira mais ampla, desde sua origem na “Conferência de ALMA ATTA” (OMS / UNICEF, 1978).

SCHRAIBER et al. (1996) acrescentam que a APS tem-se constituído como um conceito subdesenvolvido e sinalizam para seu verdadeiro sentido, isto é, em determinada ocorrência mórbida ou tipo de sofrimento, a primeira vez em que a demanda se coloca como porta de entrada obrigatória para um sistema integral de

assistência, ao mesmo tempo em que conforma também um nível próprio de atendimento e ainda deve ir resolvendo uma gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual. Enfatizam que é naquele nível de atenção que se instauram as necessidades de bens e serviços de saúde sob a forma de problemas e não necessariamente de doenças, as quais, no entanto, se apresentam como situações epidemiologicamente complexas, mesmo quando clinicamente parecem patologias simples.

A análise desses autores acentua o pouco desenvolvimento do conceito de APS, destacando sua operacionalização em via dupla: estratégia e grau de atendimento. Chama-se a atenção para o equilíbrio que deve haver em sua organização como âmbito próprio de atenção para que não haja redução de seu verdadeiro sentido, que é o da percepção como estratégia para alcance de um setor saúde competente e de ação mais efetiva, que vai além das necessidades específicas, tendo por base a ética e a equidade.

Para tal mostra-se que os serviços de saúde – *porta de entrada* – necessitam assumir de fato seu papel de coordenação do sistema na busca de superar o modelo de atenção vigente pela incorporação de ações sobre os determinantes da saúde, viabilizar a integralidade e tornar-se centro das articulações intersetoriais.

CAMACHO (1987) chama a atenção para quatro características básicas da APS que influem na eficácia do serviço prestado e podem ser definidas quanto à estrutura, ao processo e aos resultados. São elas: *longitudinalidade* (desenvolve-se ao longo do tempo), *acessibilidade* (provisão suficiente de serviços utilizados como primeiro contato com o sistema de saúde sempre que surge necessidade), *integralidade* (capacidade de a APS resolver a quase totalidade dos problemas da população atendida) e *coordenação* (exige a soma das ações dos Serviços de APS e requer continuidade e reconhecimento de problemas).

Esse mesmo autor destaca as características do trabalho em APS, as quais podem ser visualizadas no quadro que segue, e apontam a importância dos registros que devem ter desenhos específicos, assim como devem ser adaptados às características do trabalho e da própria APS, com informações pertinentes que podem representar o único método de acesso a informações vitais.

Quadro 2 – Características do Trabalho em APS

1. Atenção intermitente ao paciente.
2. Definição difícil do princípio e fim das doenças e dos episódios.
3. Trabalho com problemas e não com diagnósticos.
4. Falta de uniformidade dos registros.
5. Escassa e difícil comunicação entre o pessoal de saúde.
6. Os pacientes conservam grande parcela de liberdade.
7. Evidência contínua do dilema curar-cuidar.
8. Impossibilidade de observação simultânea, em muitos casos.
9. Pluralidades de ambientes e necessidade de adaptação aos mesmos.

Fonte: CAMACHO (Equipo CESCA), 1987:6.

MENDES (1993) ressalta os princípios organizativos-assistenciais propostos no SILOS para o trabalho em APS – impacto, orientação por problemas, intersetorialidade, planejamento e programação local, autoridade sanitária local, coresponsabilidade, hierarquização, intercomplementaridade, adscrição, realidade heterogeneidade – como características capazes de conferir a esse modelo de atenção a qualidade exigida para tornar-se a opção mais adequada para responder aos problemas / necessidades de saúde da realidade local.

O ponto de partida para pensar a organização da atenção em nível de APS (estratégia), então, é o significado do processo saúde / doença como substrato do trabalho para a saúde e o direcionamento das ações de forma que possibilitem a superação do modelo biologicista dominante.

Torna-se fundamental, portanto, retomar o conceito de saúde formulado por AROUCA (1986) que, em linhas gerais está contido no art. 196 da Constituição de 1988 e diz:

A saúde é algo a ser atingido, que vai desde direito ao trabalho e salário condignos, educação, alimentação, habitação, ao lado de uma política econômica adequada e uma política social prioritária e que, assim entendida, transcenderia a questão de médicos, hospitais e medicamentos.

Isto implica a incorporação dos determinantes do processo saúde / doença tanto no ensino dos profissionais de saúde quanto no exercício de sua prática, e aponta para o isolamento do conceito mecanicista de saúde predominante no modelo assistencial atual, que é responsável pela visão da Medicina exclusivamente sob a óptica individual, curativa e biológica (TAVARES, 1990).

Modelo de atenção adequado à implementação em nível local, a Atenção Primária de Saúde (APS) concentra o conjunto de ações desenvolvidas pelo sistema de

saúde e por outros setores sociais para responder aos problemas de saúde mais comuns da população de dado território, estando intimamente relacionada aos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Buss, 1998).

Quanto à APS, importa destacar que já está havendo formação nesse nível, a qual não chega a se configurar por não ser reconhecido o processo educacional embutido nas suas práticas a partir do Serviço e sua relação com a comunidade atendida. Nem sempre se leva em conta que o conhecimento aí existente não é o mesmo que há a respeito do hospital, motivo pelo qual deve ser construído, conhecido e repassado.

Quanto a essa questão, RAMOS BARBIERI (1995) ressalta que a educação e a saúde são entendidas de forma dominante como processos socialmente determinados, contextualizados no meio ambiente e, como tal, não são julgados **ciência** e sim **práticas**. Além disso, enquanto práticas *educativa e de saúde*, são fragilizadas pelos registros em geral incompletos, que não chegam a demarcar o processo que traz embutido uma produção e um meio veiculadores de resultados.

A mesma autora acentua que, no caso dos médicos, a disciplina Pedagogia Médica – ministrada em Pós-Graduação *stricto sensu* – é obrigatória para a área Clínica em grande número de Cursos, o que aponta para a expectativa de que seu programa seja apenas um conjunto de técnicas que melhore o ensino (RAMOS BARBIERI, 1995). Fica clara a diferenciação com a área básica, em que a relação com a pesquisa científica é mais evidente e se ajusta ao ideal de transposição direta para a sala de aula através do chamado método científico e da prática que dele deriva. Nas áreas clínicas, o ‘modelo’ não se ajusta, pois a prática médica exige das aulas um conhecer que lhe seja apropriado, cujas pesquisas não se desenvolveram segundo os objetivos do curso médico, das disciplinas e das expectativas do aluno-médico.

Nas discussões acerca do trabalho para a promoção da saúde é fundamental fazer referência ao papel da OMS, a qual tem sido responsável pelas principais diretrizes políticas para a saúde e ensino dos trabalhadores da área desde os anos 50. A organização participou intensamente nos anos 90 das oito Conferências organizadas pelas Nações Unidas em busca de consenso mundial das prioridades para nova agenda de desenvolvimento, incluindo-se aí, como primazia, o apoio explícito à obtenção de Saúde para Todos: *Conferência Mundial para a Infância, 1990; Conferência das Nações Unidas de Ambiente e Desenvolvimento, 1992; Conferência Mundial de Direitos Humanos, 1993; Conferência Internacional de População e*

Desenvolvimento, 1994; Conferência Mundial de Desenvolvimento Social, 1995; IV Conferência Mundial da Mulher, 1995; II Conferência das Nações Unidas em Assentamento Humano – Habitat II, 1996; Conferência Mundial de Alimento, 1996.

Dessa forma, a proposta da OMS – Saúde para Todos no século 21 – reafirma a meta SPT / 2000 para o novo século e avança à medida que coloca, como requisito central, a busca dos principais passos necessários para sua renovação, da mesma forma que reafirma sua proposta inovadora de desenvolvimento de política de saúde – *holística e global* –, com base nos conceitos de equidade e solidariedade, enfatizando a responsabilidade da saúde no indivíduo, na família e na comunidade e colocando a saúde no centro do desenvolvimento do sistema (OMS, 1998).

Este documento da OMS (1998) aponta para novos fatores que deverão influenciar a saúde, tais como: globalização, mudanças ambientais e industriais, mudanças demográficas e epidemiológicas, novas tecnologias de informação e serviços de telemedicina, avanços em biotecnologia, ambiente global que ameaça a sobrevivência humana, bem como o envolvimento de parcerias para a saúde que incluem os setores públicos e privados e a sociedade civil.

Outro item fundamental está no fato de o conceito de equidade dar sustentação à concepção de Saúde para Todos, no sentido de remoção das injustificadas diferenças entre indivíduos e grupos para que se possa tornar a saúde o centro do desenvolvimento humano, destacando que Saúde para Todos não é estratégia pontual e, sim, uma chamada para a justiça social que tem a ética como base para seu desenvolvimento, tornando-se o guia de todos os aspectos políticos e práticos para SPT / Século 21.

Segundo essas recomendações, tal ética permeará: (a) as prioridades políticas para *Sistemas e Serviços de Saúde*, com ênfase para a acessibilidade e a promoção da qualidade do cuidado; (b) o acompanhamento, atualização e antecipação das normas e implicações éticas para os avanços em *Ciência, Pesquisa e Tecnologia*; (c) a *Conduta dos Profissionais de Saúde* no sentido de promoção da saúde e reconhecimento de diferentes valores e necessidades; (d) as considerações de equidade nas decisões sobre alocação de recursos e os aspectos de saúde nos tratados de direitos humanos internacionais, tendo em vista a *Saúde da População*.

A OMS indica a estratégia da Promoção da Saúde como metodologia de escolha para o desenvolvimento de ações abrangentes capazes de estimular a mudança do estilo de vida e das condições ambientais, econômicas e sociais que determinam a

saúde, possibilitando a mudança no modelo de atenção e sendo, por isso, designada como guia para alcançar a meta Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT / 2000) e sua continuação no Século 21 (SPT / Sec.21).

Examina-se o paradigma que se coloca de forma mais abrangente para superar a prática predominante no cotidiano dos serviços de saúde porque seu eixo central é a questão da saúde / doença na sociedade.

Existem quatro documentos significativos sobre promoção da saúde – *Carta de Otawa (1986)*; *Declaração de Adelaide (1988)*; *Declaração de Sundsvall (1991)*; *Declaração de Bogotá (1992)* –, cujos conceitos e proposições, respectivamente, consideram a saúde como processo de capacitação da comunidade para controlar fatores determinantes de sua saúde, priorizam as políticas públicas saudáveis e afirmam a interdependência entre saúde e ambiente, assim como a mútua determinação entre saúde e desenvolvimento (BRASIL / MS / IEC, 1996).

Reafirmando a estratégia da promoção da saúde e propiciando avaliação sobre suas orientações realizou-se a “*IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Novos Atores para uma Nova Era: Levando a Promoção da Saúde ao Século XXI*” – em Jakarta, em julho de 1997, tendo sido a primeira a efetuar-se em um país em desenvolvimento e a envolver o setor privado no apoio à promoção da saúde (OMS, 1997).

Conforme destacam os documentos referentes à promoção da saúde (OMS, 1997), as circunstâncias mostram a exigência de reorientação dos Serviços – *sendo eles próprios um espaço de promoção* –, com ênfase na mudança da formação de seus trabalhadores, que se reflita de modo efetivo nas práticas e organização dos serviços, tal como na visualização das necessidades globais do indivíduo como pessoa integral que é. A promoção adota como palavras-chave: *ambientes / territórios / espaços para a saúde; “entorno” saudável; equidade; descentralização; empowerment ou dar poder; autocuidado ou qualidade de vida; participação / controle*, que devem ser buscadas desde o Serviço.

Os principais ambientes / territórios / espaços para a saúde, são: família; comunidade – associações de moradores, organizações religiosas, associações culturais e esportivas; escolas e creches; centros de trabalho; e, por fim, os serviços de saúde.

Semelhantes definições e indicações trazem duas dimensões importantes que são: a não dicotomia entre individual e coletivo e a visualização do serviço de saúde como espaço para a promoção da saúde, bem como cenário e um dos mecanismos para seu desenvolvimento.

Todas essas questões compõem a conjuntura do trabalho para a saúde na medida em que fazem parte das políticas que conformam o setor e requerem nas suas proposições não só reorientação dos Serviços, mas também dos processos de formação de seus trabalhadores.

3. METODOLOGIA

Que se pode fazer de mais exato, de mais rigoroso, quando se estuda o homem, do que reconhecer-lhe propriedades humanas?

(JEAN-PAUL SARTRE)

3.1 APRESENTAÇÃO

Este capítulo de Metodologia fundamenta a organização dos dados, articulando-os com as categorias teóricas resultantes da análise da literatura e dos documentos, assim como com as categorias empíricas retiradas do tratamento dos dados primários colhidos no trabalho de campo. Desse modo, o trabalho como um todo, ainda que tenha identidade própria na escrita, está intimamente relacionado ao diálogo com as referências bibliográficas e com a apresentação do produto antes, durante e depois da ida ao campo.

3.2 O MÉTODO

As análises contidas nos capítulos 1 e 2 enfatizam que a questão do serviço e dos trabalhadores de saúde – com seus processos formativos e suas práticas – constitui um campo do conhecimento interdisciplinar por si mesmo, com múltiplos recortes e interfaces em processos mais gerais que o incluem, cujos limites são amplos e estão em construção. Integra uma área do saber que pode ser denominada “Investigação em Serviço” e que se define, no sentido dialético, como parte de um todo por suas inserções em totalidades mais amplas, no contexto histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja dimensão principal não é a institucional.

DESLANDES (1997) destaca que um programa ou serviço deve ser entendido como processo que tem dinâmica própria e que, por isso, é importante levar em conta a ação dos distintos atores que se aliam e se contrapõem; a autora indica a hermenêutica para a leitura dos antagonismos e consensos embutidos na cultura institucional e nas práticas dos agentes envolvidos nesse serviço ou programa. Ainda propõe não o serviço “em si” como unidade de análise, mas “sua atuação”, na

compreensão de que esta categoria retém tanto a base empírica das ações como contempla as relações que fundam a estrutura do serviço e seus processos, incluindo o conjunto de representações acerca desta ação, estas articuladas pelos atores sociais.

Em virtude dessa concepção, faz-se indispensável considerar os diversos trabalhadores como sujeitos históricos, atores e autores desse processo, e a forma como suas práticas individual e social se relacionam no sentido do materialismo dialético, isto é, em uma ligação de interdependência e de íntima conexão entre todos os aspectos de cada fenômeno. Conforme chamam a atenção LÊNIN (1981) e TRIVIÑOS (1995), esses conceitos de conexão, interdependência e interação são essenciais ao processo dialético de compreensão do mundo.

Com base em tais considerações, ao dar voz a esses sujeitos cujas histórias profissionais pouco sobressaem nas análises institucionais, tratou-se de trazer suas falas e/ou o simbolismo de seus silêncios e de suas perplexidades. Ao fazê-lo, na valorização de suas histórias, atribuiu-se maior importância às representações que elaboram de seus saberes e experiências como explicação de suas atitudes.

Segundo BECKER (1993) é preciso compreender como as pessoas vêem seu comportamento e *com o quê* e *como* o confrontam para entendê-los.

GRANGER (1984) defende que os fenômenos de comportamento humano trariam uma carga de significação em sua natureza que se oporia a sua transformação em objetos, isto é, em esquemas abstratos lógicos. Tal evidência lhes conferiria todas as características cientificamente negativas dos fatos humanos, em especial, seus elementos de liberdade e imprevisibilidade, bem como a estreita associação apresentada por eles entre o positivo e o normativo, entre o realizado e o desejável. Assim, ele indica que, a questão não seria reduzi-los e, sim, representá-los em sistemas de conceitos.

Na configuração do objeto desse estudo e partindo dos pressupostos citados, destacaram-se:

- o caráter dinâmico;
- a ação múltipla e interação de variáveis ao mesmo tempo;
- a preocupação com o processo.

Pretendeu-se, a partir da distinção de particularidades sem perder de vista o todo, estabelecer a singularidade do objeto de estudo proposto através de sua realidade e da possibilidade, do conteúdo e da forma, do necessário e do emergente e do que lhe é singular e geral; o que propiciou, em sua análise, penetrar na dimensão abstrata.

Essa condição levou-nos à investigação qualitativa – expressão utilizada neste estudo como termo abrangente que agrupa diversas estratégias de investigação –, tendo como centro o privilegiamento dos significados atribuídos pelas pessoas envolvidas em determinada situação que se pretende estudar, nela permitindo identificar as características, variações e formas que assumem atos e atividades e como tal situação se manifesta em geral, conforme pontuam LOFLAND (1974) e BODGAN et al. (1994).

As várias estratégias utilizadas, constituintes das etapas metodológicas que possibilitaram o alcance dos objetivos desse estudo, podem ser explicitadas de acordo com o esquema sugerido por DESLANDES (1997) em sua proposta de metodologia qualitativa para avaliação de serviços e ações em saúde:

- 1a. Etapa – descritiva, de caracterização da atuação do serviço mediante pesquisa e análise das informações disponíveis, visando a um conhecimento aprofundado, dos principais objetivos institucionais (missão institucional); dos dados estatísticos produzidos pelo serviço (cobertura e utilização, entre outros), das secretarias e de outras instituições de pesquisa; das estratégias e dinâmica de atendimento; dos recursos utilizados; e das características da população-alvo.
- 2a. Etapa – análise da correlação existente entre o serviço e as políticas públicas do setor para identificação das racionalidades técnicas e políticas que sustentam o projeto, assim como das contradições que vivencia. Esta etapa é um desdobramento da primeira.
- 3a. Etapa – trabalho de campo propriamente dito, em que se busca o conhecimento empírico da atuação do serviço com o objetivo de conhecer o cotidiano e as relações entre os sujeitos sociais envolvidos, tal como os problemas e os antagonismos latentes. Foi aqui realizado por meio: (a) das representações sociais dos trabalhadores que lidam direta ou indiretamente com a problemática saúde / doença / criança; (b) dos grupos focais: com mães das crianças que demandam o Centro; com professoras das escolas da área de abrangência; com professores da ENSP; e com trabalhadores de outros serviços locais; (c) da

observação participante, tanto dos atores sociais que foram entrevistados, quanto dos que compuseram os grupos focais; (d) das representações sociais de professores fundadores do Mestrado em Saúde da Criança/IFF/FIOCRUZ.

4a. Etapa – análise das representações sociais, das discussões dos grupos e das observações participantes para compreensão das ‘visões de mundo’ acerca das ações / atuações / processos formativos.

5a. Etapa – análise propriamente dita, de caráter hermenêutico-dialético, segundo as proposições de HABERMAS (1987a) e MINAYO (1992a), na qual se buscou a articulação dos referenciais teóricos concernentes à temática com os dados primários e secundários extraídos do trabalho de campo.

Importa esclarecer que essas etapas, aqui descritas de forma esquemática, se interpenetraram nas fases de leituras – *flutuante e transversa* – de modo que a classificação por meio da interação das variáveis empíricas e teóricas já construídas possibilitasse o aprofundamento do conteúdo das mensagens, como acentua MINAYO (1992a). Em virtude da natureza do trabalho buscou-se também a superação de três obstáculos que costumam estar presentes na análise dos dados extraídos do campo – a ilusão da transparência, a sedução dos métodos e técnicas e a dificuldade de articulação dos dados com as teorias e conceitos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, como ressalta MINAYO (1992a), que enfatiza ser a diferença apenas de natureza, não existindo oposição com outros métodos e, sim, relação de complementaridade (Minayo, 1992b).

O aspecto apontado por PARGA NINA (1984) consiste em metodologia que possibilita obter informações desagregadas.

Dessa forma, este trabalho também significou (des)construção dos dados obtidos no campo para (re)construção dos elementos que possibilitariam configurar o grupo dos trabalhadores do CSEGSF que lidam com a problemática saúde / doença / criança, de suas competências / processos formativos e das relações que estabelecem entre si, o serviço e a clientela, contextualizando-os em suas raízes sociais.

A esse respeito, LUTFI et al. (1996) analisam que LEFEBVRE considera as representações como mediações, recuperando sua importância histórica e metodológica ao mesmo tempo em que acentua sua construção como objeto do conhecimento, em processo no qual lhes reconhece a força naquilo que impedem e

no que permitem e que está contido em sua conceituação / expressão “*feixe de possíveis*”. Essa expressão traduz o movimento dialético permanente do pensamento de LEFEBVRE (1980), em que vida e busca do conhecimento não se separam. Esse autor ressalta, no entanto, que só pela teoria pode-se escapar das representações enganosas que fascinam e recomenda a articulação do referencial teórico com dados extraídos do campo para um trabalho consistente que aponta para o novo e que contém o *possível*.

Buscou-se atingir um rigor metodológico que permitisse conhecer de que modo aconteceu a evolução da representação dos trabalhadores de saúde – população-alvo da pesquisa – para avaliar a discussão sobre o seu trabalho em relação às questões demandadas pelas crianças e suas famílias no primeiro nível de atenção, na formação pessoal de cada um, tal como na própria formação profissional, analisando como estas se cruzam.

Deslocar o foco de luz para o ator – o agente-sujeito – trouxe a possibilidade de enfocá-lo sob novos olhares, que permitiram entender de que maneira constrói sua identidade de trabalhador de saúde e como desenvolveu um saber sobre o ofício durante sua formação inicial, antes dela e, ainda, mediante o exercício da profissão.

Não se perdeu de vista o equilíbrio necessário para que fossem apreendidas as dimensões pessoais e profissionais dos integrantes da equipe de saúde, assim como o contexto e a estrutura que os circundam.

Foi fundamental considerar três eixos nessa abordagem, de acordo com NÓVOA (1991): a pessoa do profissional e suas experiências, a profissão e seus saberes e a organização de serviços e seus projetos.

Referindo-se à formação contínua de professores, esse autor enfatiza a importância da participação do professor no processo de formação, a valorização das práticas e dos saberes de que são portadores, assim como o peso do contexto institucional no que se refere à organização profissional. Semelhantes indicações foram incorporadas neste estudo.

Com base nessas distinções quer-se deixar claro que o objeto de investigação foi basicamente a *atuação da equipe de saúde do CSEGSF* que atende as crianças que demandam seus serviços / cuidados. Estes trabalhadores conformaram a unidade de análise desta pesquisa. A opção pela atuação da equipe de um Serviço, ao invés de estabelecer comparação com outras, encontra sua razão de ser na relevância do

estudo de caso na pesquisa qualitativa, que permite ter como objeto uma unidade, que é examinada de modo mais pormenorizado.

BOGDAN et al. (1994) apontam as seguintes categorias de estudos de caso: histórico-organizacionais, observacionais, história de vida, análise situacional e microetnográficos. Por sua vez, MERRIAM (1988) diz que o estudo de caso consiste na análise detalhada de um contexto, situação ou indivíduo em fonte documental única ou de acontecimento específico.

O estudo de caso, na pesquisa qualitativa, assume as seguintes características (LÜDKE et al., 1986):

- 1) Tem por meta a descoberta.
- 2) Enfatiza a interpretação em contexto.
- 3) Busca retratar a realidade de forma abrangente e profunda.
- 4) Recorre a variadas fontes de informação.
- 5) Revela experiência vicária e permite generalizações 'naturalísticas'.
- 6) Procura representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista que estão presentes em uma situação social.

TRIVIÑOS (1995) chama a atenção para a complexidade do estudo de caso e sua exigência de maior rigor na objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias. Atribui-lhe duas características que, em seu modo de ver, são dadas por circunstâncias: a primeira, diz respeito à abrangência e natureza da unidade a ser pesquisada; a segunda, está determinada pelos suportes teóricos que servem de fundamentação e propiciam visão do fenômeno em sua evolução e relações estruturais fundamentais.

Neste estudo, como explicitado no começo deste capítulo, optou-se por um método de investigação de enfoque amplo, cujo desenho central, em virtude da complexidade do tema, é o estudo de caso. Esse enfoque possibilitou contemplar todas as características e conceituações indicadas pelas várias teorias existentes – *referenciadas pelos autores aqui citados* – e que conferem ao estudo de caso, de caráter qualitativo, *consistência, coerência, originalidade e objetivação*, o que constitui o marco da crítica interna da investigação científica, segundo DEMO (1981) e TRIVIÑOS (1995).

3.3 O TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Procurou-se interiorizar o objetivo da investigação à medida em que se recolhiam os dados no contexto, ao mesmo tempo em que se cumpriam os dois requisitos básicos para trabalhos dessa natureza: transformar o exótico em familiar e / ou transformar o familiar em exótico, de modo que a coleta dos dados no trabalho de campo permitisse um diálogo com as teorias existentes e os pressupostos e os objetivos da pesquisa pudessem ser respondidos.

Como refere DA MATTA (1978) a respeito das duas transformações, nessa dupla tarefa existe íntima relação, sendo que a apreensão no primeiro processo é efetuada pela via intelectual sob a forma de apreensões cognitivas; enquanto que a segunda, requer distanciamento emocional, uma vez que a familiaridade do costume não foi obtida via intelecto, mas via coerção socializadora. Ambas conduzem ao encontro com o outro e ao estranhamento.

Os principais procedimentos metodológicos foram: 1) como centro da pesquisa: *as entrevistas semi-estruturadas de trabalhadores do CSEGSF*; 2) como técnicas complementares: *a pesquisa e análise documental, a observação participante dos entrevistados e dos grupos focais, os grupos focais e as entrevistas abertas com professores fundadores do Mestrado em Saúde da Criança.*

Desse modo conformou-se a TRIANGULAÇÃO, que tem por objetivo abarcar uma totalidade através da multiplicidade de abordagens e o conhecimento mais abrangente da realidade que queremos pesquisar, com base no princípio de que é impossível conceber a existência de um fenômeno social sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social (MINAYO, 1992a; TRIVIÑOS, 1995).

No que concerne às primeira e segunda etapas programadas, a pesquisa documental buscou descrever em detalhes o nível empírico, enfocando a estrutura do serviço, a organização e as dinâmicas de atendimento e as características da população referida, bem como as redes de relações que conformam o serviço de saúde, das quais deve fazer parte para cumprir seu papel de co-responsabilidade sanitária. Esses elementos inscrevem-se como itens referenciais capazes de demarcar a atuação do serviço o mais exaustivamente possível.

Os vinte e um (21) documentos analisados (Anexo 1) foram agrupados em oito (8) itens detalhados a seguir:

- Três estudos de demanda, sendo dois da demanda geral (1996, 1989, 1992) e um da demanda do programa de saúde do adulto (1995).
- Quatro relatórios técnicos, sendo um do *Seminário de Avaliação e Perspectivas do CSEGSF* (1988), um das *Atividades da Assistência* (1993), dois da *Coordenação de Ensino e Pesquisa*, biênios 94-95 (1995) e 96-97 (1997) e um do *Seminário – CSEGSF: Construindo um Modelo de Assistência, Ensino e Pesquisa* (1996).
- Três documentos internos, sendo dois de parecer técnico sobre o “Complexo de Manguinhos” – área de abrangência do CSEGSF (biênio 95-97, 1997) e um da *Coordenação de Informação* (1988).
- Documento Preliminar (1996) para discussão no Seminário: “Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria: Construindo um Modelo de Assistência, Ensino e Pesquisa”.
- Dois documentos do Sistema de Informação Geográfica do CSEGSF (1996, 1998).
- Cinco monografias, das quais duas foram apresentadas ao Curso Básico / Residência de Saúde Pública / ENSP (uma em 1994 e uma em 1996), duas ao Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública / ENSP (1997) e uma ao Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde – GERUS – (1997).
- Dois artigos (1997, 1998) encaminhados para publicação em revista indexada.
- Dois projetos em andamento.

A razão da escolha dessa pluralidade de documentos decorreu do fato de serem os mais representativos e terem sido produzidos, em sua maioria, por trabalhadores e estagiários do CSEGSF (19); os dois restantes foram feitos por professores / pesquisadores da ENSP. Esses documentos estão disponíveis no próprio CSEGSF, na Coordenação de Ensino e Pesquisa e contêm fragmentos da história desse Serviço, constituindo, ao lado das representações sociais do grupo pesquisado, parte importante de sua memória. São poucos os que estão registrados em alguma rede de referências bibliográficas, a não ser em Anais de Congressos.

O registro das atividades de atenção é feito principalmente nos prontuários, mas estes são, em geral, de baixa qualidade, incompletos, pouco contribuindo para a

análise aprofundada dos processos de trabalho realizados no cotidiano. Salvo os dados de produção, também não existem outros indicadores quantitativos clássicos (como cobertura e utilização, por exemplo) nem tampouco qualitativos para a sua avaliação, bem como do desempenho do conjunto de seus trabalhadores de forma mais completa nas três dimensões de produção: atenção, ensino e pesquisa.

Quando à terceira etapa:

a) A **entrevista semi-estruturada** é aquela que combina perguntas fechadas e abertas, o que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (cf. THOLLENT, 1982; MINAYO, 1992a; TRIVIÑOS, 1995).

As entrevistas foram efetuadas com os diversos trabalhadores de saúde já referidos e gravadas com seu consentimento. Suas características estarão descritas no ANEXO 2, de modo a evitar a exposição dos entrevistados, em razão de ter havido apenas um representante em determinadas categorias profissionais.

Para execução de trabalho de campo, o instrumento empregado foi o *Roteiro de Entrevista* (ANEXO 3), que serviu de baliza para “*conversa com finalidade*”, segundo PARGA NINA (1984). O princípio básico é que cada questão contemple o marco referencial teórico para a construção do objeto, como ressalta MINAYO (1992a).

Assim, esse roteiro contém:

- 1- dados concretos capazes de identificar os diversos trabalhadores, suas trajetórias desde o início da formação no que concerne a seus saberes e experiências;
- 2- a caracterização, por parte dos trabalhadores, do seu sujeito / objeto de práticas e estudo; das finalidades do seu trabalho e o que se refere aos processos de articulação de instrumentos e ações desse trabalho sobre o sujeito/objeto;
- 3- a instituição, sua organização e políticas, assim como as possibilidades de articulação das necessidades de formação identificadas entre os trabalhadores no Serviço com as proposições gerais do Setor Saúde.

O estudo incluiu trabalhadores de nível médio e superior desde que se considerou a prática em seu sentido mais amplo, isto é, o conjunto das ações de saúde feitas por esses trabalhadores no interior dos serviços e que correspondem à ação dos agentes (aqueles que realizam as ações de ‘consulta’ e as ‘de saúde pública’) e às ações-meio (aquelas que subsidiam a ação dos primeiros, visando ao alcance do

sujeito / portador da demanda). Não foi esquecida a importância que assumem as relações com a clientela nesse processo de trabalho, uma das particularidades do setor saúde.

Dessa forma, avaliou-se a relação entre os elementos do processo de trabalho (o sujeito / objeto de trabalho, a atividade humana, e os meios de trabalho) no sentido de elos integradores, definido por SANTANA et al. (1997), que está demonstrado na figura abaixo, com a introdução da categoria “atividade humana” para “meios de trabalho”, considerando-se que estas, da mesma maneira que as ações exercidas diretamente sobre o sujeito / objeto de trabalho, estão igualmente entre as atividades humanas:

Figura 1: ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO



As contradições e divergências decorrentes das diferentes vivências e inserções mesmo *no contexto social de atuação*, das diversidades na formação e das trajetórias profissionais, tal como a experiência de vida particular dos entrevistados, foram utilizadas na intenção de produzir material de reflexão que propiciasse o desenvolvimento, a fundamentação e o alcance dos objetivos da pesquisa.

A amostra, por não ser numérica – dado que a unidade de análise é o conjunto de entrevistados –, foi aquela capaz de representar a totalidade no aprofundamento e abrangência da compreensão em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1992.a). É o que BERTAUX (1980) conceitua como *índice de saturação*, isto é, o fenômeno pelo qual, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças.

A partir desses critérios, a amostra contou com 25 entrevistados, os quais conformaram a unidade de análise desse estudo.

b) A **observação participante** permitiu o alcance das dimensões explicativas que os dados exigem. Realizou-se ao longo de cada entrevista e de cada reunião com o grupo focal. Empregou-se a modalidade de *Participante-Observador*, segundo a classificação de GOLD (1958). Porém, como afirma esta autora, interagem todas as outras – *Participante-Total*, *Observador-como-Participante* e *Observador-Total*.

O registro foi feito em um “*diário de campo*”, cujo esquema (Anexo 4) serviu para orientar o registro de informações gerais de importância para o desenvolvimento da pesquisa, compondo a primeira página de cada anotação. Esta deve constituir uma unidade do ponto de vista de seu formato (TRIVIÑOS, 1995). Tais anotações contribuíram para retratar, de modo mais aproximado, a visão de mundo dos atores sociais que fazem parte do universo pesquisado.

c) O **grupo focal** tem por finalidade evitar a tendência para a pesquisa de opinião ou, em outro extremo, a supervalorização da elaboração teórica na pesquisa de campo. Em um primeiro momento, serve de base para melhor fundamentação do roteiro. Na segunda etapa, após ordenação e classificação dos dados colhidos nas entrevistas, deve enriquecer a reflexão acerca de categorias empíricas mais relevantes para a construção do objeto (THIOLLENT, 1982). Nos Anexos 5 e 6, estão explicitadas, respectivamente, as identificações dos integrantes dos grupos focais e as categorias trabalhadas na segunda etapa de sua realização.

O coordenador da pesquisa foi sempre o coordenador dos quatro grupos focais constituídos de quatro componentes cada: um, composto por mães de crianças que demandam as ações do CSEGSF; o segundo, por professoras de escolas públicas da área de abrangência; o terceiro, por trabalhadores de saúde de outros serviços de nível local; o quarto, por professores da ENSP.

Neste trabalho, a opção por esses grupos justifica-se, em primeiro lugar, pelo fato de os trabalhadores de saúde de outros serviços terem recebido formação e tido experiências próximas às dos entrevistados, embora sua prática atual seja em *locus* diferenciado, o que pode ter significado importante para pensar cenários e a viabilidade da proposta; os demais, por também se comunicarem e se relacionarem em vários planos com o serviço / trabalhadores, constituindo dessa forma pontos fundamentais para uma compreensão bastante abrangente da natureza e complexidade do objeto de estudo.

d) A **entrevista aberta** propicia que o informante discorra livremente sobre o tema proposto (cf. MINAYO, 1992a; THIOLENT, 1982) e se colocou como a técnica por excelência para detectar dados concretos e representações sociais de alguns professores que fundaram o Mestrado em Saúde da Criança / IFF / FIOCRUZ (1988-1996). Em razão da profundidade que essas entrevistas possibilitaram, elas se transformaram em verdadeiras ‘histórias de vida’ das trajetórias desses atores e autores, os quais iniciaram mudança paradigmática importante no sentido da construção de novo campo de conhecimento – a saúde da criança – através de sua proposta educacional, compondo o feixe de relações que o recorte do objeto configurou como fundamental.

Todavia, a transformação das entrevistas abertas em ‘histórias de vida’ não prejudicou o trabalho, uma vez que essas são entrevistas abertas prolongadas e, conforme ressaltam PARGA NINA (1984) e MINAYO (1992a), o roteiro para todas as modalidades de entrevistas deve constituir um guia para “uma conversa a dois” e não conformar um instrumento cerceador.

d.1) A técnica da ‘**história de vida**’ é importante estratégia para a compreensão da realidade; neste trabalho foi realizada uma história de vida tópica, que dá ênfase a determinado setor da vida pessoal, em que o pesquisador interage constantemente com o informante, permitindo abrir caminhos de investigação tanto no campo das rotinas institucionais quanto no dos processos e relações sociais (cf. DENZIN, 1973; BECKER, 1993).

A razão de incluir os professores do Mestrado em Saúde da Criança como ‘informantes privilegiados’ deveu-se a:

- ter sido esse o primeiro curso *stricto sensu* no país para Pediatras que buscavam formação em Mestre em Saúde da Criança, cujo processo educacional – programas de disciplinas articuladas à produção das dissertações – procurava dar conta de forma mais abrangente da problemática saúde / doença / criança.
- considerar, mesmo não sendo seu objeto, a questão educacional do curso como exercício para a compreensão e desenvolvimento de estratégias para projetos formativos, como é o caso da proposição deste estudo³.

³ A proposição desse estudo não se inclui na classificação de *lato* ou *stricto sensu*; no entanto, considera todos os diplomas formais, privilegiando principalmente o processo educacional coletivo, documentado e sistematizado. Propõe as avaliações das ações de grupos daí derivadas. Acredita também na apresentação e divulgação do processo e dos resultados como forma de avaliação e aprimoramento. Quer dizer, a proposição é de formação continuada, a que se realiza no trabalho.

- existirem poucos trabalhos avaliativos que expliquem o projeto formativo, incluindo a trajetória de produção representada pelas quarenta e duas (42) dissertações, sendo que, destas, três (3) foram desenvolvidas no CSEGSF.
- ter havido no CSEGSF, como campo de prática, a disciplina *Prática em Serviço para as três primeiras turmas*, assim como por existir a participação de trabalhadores desse Serviço em seu quadro de professores, tendo-se formado quatro dentre os oitos Pediatras que atualmente, junto com outros profissionais, compõem a equipe do “Módulo da Criança” do CSEGSF. A esse número deve ser acrescentado mais uma Pediatra aposentada, mas que, através de um projeto de pesquisa, coordena o Centro de Referência do Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) para a Região Sudeste e que aí está localizado.

Após a classificação e ordenação dos dados, sua análise e a interpretação foram feitas em uma segunda fase, através do método da Hermenêutica Dialética, mediante a articulação dos mesmos aos referenciais teóricos e sua confrontação com o tratamento do material colhido nos grupos focais, na observação participante, nas entrevistas abertas com os professores do Mestrado em Saúde da Criança e na pesquisa documental.

Esses procedimentos metodológicos conferiram a abrangência requerida pelo estudo de caso na pesquisa qualitativa por permitirem estudar o fenômeno em sua evolução e nas relações estruturais fundamentais, levando-se em conta, principalmente, a formação continuada e o espaço / competência profissional / interprofissional de rotina na atenção à promoção da saúde da criança em serviço local.

PARTE II

PESQUISA EMPÍRICA: RESULTADOS E DISCUSSÃO

APRESENTAÇÃO

*A ciência não se aprende
A ciência apreende
A ciência em si*

.....
*A ciência não se ensina
A ciência insemina
A ciência em si*

(GILBERTO GIL)

O que se subscreve nesse estudo como Resultados e Discussão é um esforço no sentido de desvelar a questão dos trabalhadores de saúde que lidam com a problemática de Saúde das Crianças no cotidiano do CSEGSF, suas práticas e seus saberes, da mesma forma que se pretende revelar qual o significado da presença desses sujeitos – com lógicas e formações tão distintas – que tecem, na trama de suas ações, a história e a configuração da Instituição.

Mediante a apresentação e análise dos dados originados de suas representações sociais buscou-se o reconhecimento das questões colocadas pela pesquisa. As técnicas complementares – *análise documental, observação participante, grupos focais e entrevistas com professores que fundaram o Mestrado em Saúde da Criança* – somadas ao suporte teórico balizaram o estudo, compondo uma visão abrangente e aprofundada na multiplicidade de abordagens, segundo o requerido pelo método eleito, conforme já analisado no Capítulo 3.

Este trabalho enfoca a articulação analítica desses dados, orientada pela perspectiva da construção de um projeto de saúde e educacional – *contínuos* – que contemple a composição dos diferentes saberes para a ação / reflexão da atenção individual e coletiva.

Levou-se em conta o papel do CSEGSF como formador de recursos humanos para o SUS e sua responsabilidade no que concerne ao desenvolvimento de metodologias e modelos tecnológicos de atenção na direção da promoção da saúde no campo da Atenção Primária de Saúde (APS), como ressaltam Buss et al. (1998).

Conforme já referido no capítulo correspondente ao desenho metodológico, o centro dos questionamentos situa-se na pesquisa empírica, a qual, ao abordar uma

realidade plural, heterogênea e de grande complexidade, não permite qualquer relação de linearidade com os resultados das investigações e posicionamentos pragmáticos que delas podem ser derivadas.

O estudo busca recuperar os sujeitos sociais – *agentes do trabalho na atenção* – que constituem, por meio da prática concreta, as produções e os espaços institucionais burocraticamente definidos, bem como as conseqüências daí advindas tanto para o saber quanto para a prática.

Procurando abranger e localizar a variedade dos projetos individuais, das trajetórias e de seus significados para os trabalhadores, optou-se pela reunião de textos que enfocassem o componente subjetivo da ação, isto é, a representação do percurso e sua importância, que ficam, em geral, diluídas em meio à tradição disciplinar e objetivista assumida pelo peso das estruturas institucionais e pela inércia de sua reprodução.

Esse caminho foi trilhado efetuando-se uma análise referendada pelo arcabouço teórico das Ciências Sociais, que propicia escapar das explicações de cunho psicológico ao examinar as condutas individuais em seus nexos com as disposições coletivas e com as tendências estruturais, recuperando, no fundamento social das ações do indivíduo, o caráter genérico que se esconde em cada ato singular, como ressalta BOURDIEU (1983, 1987).

A concepção que valoriza as organizações institucionais sob a óptica do processo de trabalho – denominada *estudo do processo de trabalho* – desenvolveu-se na literatura que aponta o reencontro do sujeito e a teorização da construção de suas ações nos cotidianos do trabalho no campo da Sociologia e Antropologia do Trabalho, na segunda metade da década de 70. Esse movimento teórico expressou-se na Sociologia do Trabalho, deslocando o foco das reflexões analíticas desde o mercado de trabalho e movimentos sindicais para as condutas cotidianas dos atores no recorte de suas disposições subjetivas (cf. KNIGHTS e WILLMOT, 1989; CASTRO e GUIMARÃES, 1991).

A maioria dessa produção, porém, continua enfocando esses agentes enquanto personificações de interesses definidos à luz de perspectivas teóricas e ideológicas, quer dizer, *constituídos pelas relações de trabalho*. Contudo, a proposta deste trabalho é colocá-los como *integrantes* destas, o que significa interpretar os macroprocessos capazes de oferecer uma estrutura de possibilidades de ação aos agentes, dotando-os de sistemas de visão e de representação das divisões e

hierarquias sociais, articulando as ações à análise do trabalho e da vida cotidiana, de acordo com os estudos de BOURDIEU (1983) e KNIGHTS & WILLMOT (1989).

Assim, a atuação da equipe de trabalhadores do CSEGSF foi avaliada no sentido de proporcionar visão clara de seu papel no processo social e de como vão configurando o espaço desse Serviço em suas três dimensões – *atenção, ensino e pesquisa* –, no desafio de separá-lo da realidade total como campo particular que pode se mostrar autônomo e, ao mesmo tempo, integrado à realidade total.

Para isso, adota-se a definição de espaço ou *locus* – desenvolvida por SANTOS (1997) – como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ação, em que a centralidade da técnica reúne as categorias internas – a paisagem, a configuração territorial, o espaço produtivo e o produzido; os problemas da região e do lugar; o das redes e das escalas – e as categorias externas – a técnica; a ação; os objetos; a norma e os eventos; a particularidade e a universalidade; a totalidade e totalização; a temporalização e a temporalidade; a idealização e objetivação; os símbolos e a ideologia. Esse autor acentua que:

Para que a técnica dê conta de reunir essas categorias deve ser vista sob um tríplice aspecto: como reveladora da produção histórica da realidade; como inspiradora de um método unitário (afastando dualismos e ambigüidades) e, finalmente, como garantia da conquista do futuro, desde que não nos deixemos ofuscar pelas técnicas particulares e sejamos guiados, em nosso método, pelo fenômeno técnico visto filosoficamente, isto é, como um todo (...). As técnicas, dessa forma, devem ser consideradas como um conjunto de meios instrumentais e sociais através dos quais o homem desenvolve sua vida, produz e simultaneamente cria espaço. (SANTOS, 1997:20-5)

Trata-se, portanto, de considerar que a cada lugar geográfico concreto corresponde um conjunto de técnicas e de instrumentos de trabalho que resultam da combinação específica de relações espaciais, que são determinadas historicamente a cada momento. Reconhece-se igualmente o caráter educativo do próprio trabalho, já que situa os trabalhadores no centro do processo de ensino, vinculando a dinâmica e o ritmo da mudança a suas próprias capacidades e motivações de mudanças (cf. MULLER, 1989; SOUZA et al., 1990; PAIM, 1993; SANTOS, 1997).

Daí porque este estudo pretende não só esclarecer o processo de trabalho para transformá-lo em princípio educativo, como também investigar de que forma os atores que o realizam, representam para si as condições sociais e as (re)estruturam em suas atuações, identificando: (a) estratégias de projeção de futuro explicitadas

com base em vários componentes de suas histórias que estão impregnadas daquelas relativas à comunidade de referência e ao próprio espaço do CSEGSF – “*que aí se inscreve como um espaço de vida*”; (b) experiências e saberes profissional e social; (c) representações do controle de sua produção e do processo continuado de suas formações.

Evidencia-se, então, novo leque de questões vinculadas à configuração de área bastante ampla: o trabalho para a promoção da saúde e sua complementaridade, com ênfase na integração das diversas práticas parcelares, visando a atender à complexidade do processo saúde / doença não apenas em termos teóricos, mas na abrangência com que demanda respostas e práticas ao profissional de saúde, o qual necessita, além de sua formação, compreender para intervir.

Focalizam-se três eixos nas imagens e identidades dos trabalhadores – **no sentido** que atribuem:

1. à profissão e à carreira nas representações de si;
2. ao contexto e *locus* de trabalho e à formação nas relações entre si e suas ‘crianças de referência’;
3. aos objetivos de seu saber e fazer e às necessidades formativas pela formação continuada para o alcance da saúde das crianças.

4. REPRESENTAÇÕES DE SI: PROFISSÃO E CARREIRA

*A arquitetura como construir portas,
De abrir; ou como construir o aberto;
Construir, não como ilhar e prender,
Nem construir como fechar secretos:
Construir portas abertas, em
portas...*

(JOÃO CABRAL DE MELO NETO)

4.1 NA PROFISSÃO, UMA IDENTIDADE DE EXISTÊNCIA

*A minha prática profissional ... que a gente chama assim de meu trabalho?
... Ela se apóia hoje em coisas muito diferentes do que aqueles que foram
os princípios de minha formação ... tem um desencontro grande entre o
que vem a ser nossa formação ... e aquilo que a gente vai tirar de trabalho
concreto que vai além do estado mórbido e problemas de saúde ... é o dar
acesso e informação ... criar possibilidades para a saúde daquelas
pessoas ... que sejam do domínio delas ... é o discutir sua maneira de
existir enquanto profissional (PEDIATRA).*

O depoimento acima traz a ‘marca’ desse grupo de trabalhadores que lida com a problemática saúde / doença / criança no CSEGSF e que, através de suas individualidades e relações que constroem entre si e a comunidade de referência, vai também forjando uma identidade de existência – “*vai se fazendo uma identidade na gente ... é diferente*” (NUTRICIONISTA).

Por sua vez, os significados do conceito de individualidade se contradizem, pois “*enquanto no primeiro a ênfase é no que os homens têm em comum, no segundo é naquilo que os separa*”, no dizer de SIMMEL (1971:272).

Tomando essa afirmativa como básica, o argumento deste trabalho é que essa ‘marca’ é dual, contraditória, ainda que carregada de singularidades, demandando um método unificador; donde a relevância do sentido das falas / ações que estão imersas em movimento permanente de reconstrução das identidades / individualidades, distinguidas pela multiplicidade de opções e pela transitoriedade.

Se, de um lado, ainda causa surpresa a “*condição de trabalhador*”, de outro, é no cotidiano do trabalho – “*espaço de descoberta, de sabedoria, de troca*” (ENFERMEIRA), mas também de dificuldade de decisão e de opção imediata – que o

profissional se descobre perplexo diante de uma realidade que lhe exige continuamente uma prática mais reflexiva nas dimensões da atenção, do ensino e da pesquisa, em que aprende a exercer a criatividade movido pela necessidade e desejo de dar respostas e a estabelecer acordos, nem sempre explícitos no sentido formal – entre si e com a comunidade –, que dizem do respeito mútuo na defesa da vida e da saúde:

Tem famílias em que as crianças têm vídeo, têm aula de computador ... e tem aqueles outros miseráveis, miseráveis ... que você não sabe por onde começar (PEDIATRA).

É importante também ponderar a preocupação que esses trabalhadores demonstram quanto à qualidade (*'habilidade'*), que tanto diz respeito a si próprio, ou seja, na necessidade de maior conhecimento profissional, como no que concerne à infraestrutura oferecida, considerando-se a condição de estar inserido em uma Instituição de Ensino e Pesquisa (*'diferente'*) como ponto de referência.

Quais são os anseios dessas pessoas que nos procuram ... prá que que a gente está aqui? ... Por outro lado, você está dentro de uma Instituição de Ensino e Pesquisa ... então você tem que obrigatoriamente, pelo menos ter um mínimo de habilidade para lidar com isso de forma diferente (CLÍNICO GERAL)

A fala seguinte expressa bem o momento criativo presente no cotidiano do CSEGSF, em virtude do envolvimento existente entre os trabalhadores – no exercício de suas atividades – e sua comunidade de referência, bem como os espaços de criação existentes, o que pôde ser verificado igualmente na observação participante:

A gente aqui tem que entender essa realidade ... mas tem também que tentar trabalhar com essa realidade ... na inter-relação com a população e com os profissionais que trabalham aqui ... é um jogo de cintura ... então não é só orientar ... mas sim uma conversa do que é possível fazer dentro dessa limitação ... a gente começa a ver quais são as outras formas prá garantir ... prá tentar melhorar a situação (NUTRICIONISTA).

Conforme assinala MARTINEZ (1995) existe sempre uma expressão de criatividade quando há envolvimento do sujeito como um todo em determinada atividade, na união do cognitivo com o afetivo, em decorrência também de condições estruturais, tais como, flexibilidade, ausência de inibições e de convencionalismos e abertura à experiência, todas articuladas a alto nível de motivação intrínseca. O sujeito concreto do ato criativo caracteriza-se por problematizar a realidade com orientação ativa, transformadora.

MORIN (1996) enfatiza que no peso / inércia institucional, simultaneamente aos erros da máquina tecnoburocrática, tem lugar espaços de liberdade em que a novidade pode infiltrar-se e desenvolver-se, brotando finalmente para glória da instituição. Ao fazê-lo, evidencia-se a necessidade: (1) da manutenção e desenvolvimento do pluralismo teórico (ideológico e filosófico) em todas as comissões científicas; (2) da proteção do desvio, ou seja, da tolerância / favorecimento dos desvios no seio dos programas / instituições apesar dos riscos.

Esse grupo de trabalhadores reproduz as contradições e diversidades emergentes da complexidade da própria prática, que é dada pela complexidade do sujeito-objeto da atenção, com extensão para o ensino e para a pesquisa – *“saúde da criança é um negócio tão grande ... tão grande”* (PEDIATRA). Ambas, em última análise, apontam para o caráter interdisciplinar do campo da saúde e para a articulação do trabalho multiprofissional. É importante destacar a influência que assumem as políticas públicas e o mercado de trabalho nessa problemática.

A amostra deste estudo foi constituída por um total de vinte e cinco (25) trabalhadores assim distribuídos: seis (6) médicos, sendo quatro (4) pediatras e dois (2) clínicos, duas (2) enfermeiras, duas (2) psicólogas, duas (2) nutricionistas, duas (2) assistentes sociais, uma (1) farmacêutica, uma (1) fonoaudióloga, um (1) odontólogo, duas (2) auxiliares de enfermagem, uma (1) agente de saúde, uma (1) visitadora sanitária, uma (1) administradora, uma (1) bióloga, um (1) auxiliar de serviços gerais e um (1) auxiliar de registros médicos.

A escolha desses atores – as quatro (4) pediatras, uma (1) enfermeira, uma (1) psicóloga, as duas (2) nutricionistas, a fonoaudióloga, as duas (2) assistentes sociais, a visitadora, a agente de saúde, as duas (2) auxiliares, o odontólogo – teve lugar pelo fato de lidarem diretamente com as crianças e suas famílias nas atividades que compõem o ‘módulo da criança’, configurados basicamente nas consultas individuais e as coletivas (grupos temáticos); nos procedimentos de imunização, curativo, nebulização e de enfermagem de repouso; e nas visitas domiciliares. Alguns deles também prestam atendimento aos alunos das escolas públicas da área de abrangência.

A bióloga, a administradora, o auxiliar de registros médicos e o administrativo, por conformarem o quadro das ‘ações-meio’, ou de apoio aos cuidados, são igualmente fundamentais na compreensão da abrangência desse cuidado e na perspectiva de

articulação entre essas ações como “elos integradores”, conceito desenvolvido por SANTANA et al. (1997) e analisado no capítulo da Metodologia.

A eleição de clínicos, psicóloga e enfermeira foi feita em virtude de esses profissionais constituírem ‘informantes privilegiados’ e, por sua atuação, também se relacionarem com as crianças que demandam as ações do CSEGSF. Um dos clínicos foi indicado por representar a chefia do serviço atual (em segunda gestão) e pelo tempo de trabalho no CSEGSF (11 anos); o outro, pela assessoria junto à chefia na elaboração de políticas e por atuar na vigilância epidemiológica, área que deve nortear as ações. As outras duas, pelo fato de terem pertencido à equipe do ‘módulo da criança’, pelo tempo de trabalho no CSEGSF (12 anos), por terem tido cargos de chefia e contribuído para as características do Serviço pela relação que mantêm com várias crianças e famílias que ainda hoje as procuram diretamente, mesmo que desempenhem atualmente suas atividades no sistema de informação geográfico do CSEGSF, o que também lhes permitiu adquirir conhecimento dessa comunidade sob outro enfoque.

Esses dados não tiveram tratamento estatístico tanto por terem sido obtidos na identificação do roteiro de entrevistas quanto pela natureza do método. Expressam a multiplicidade do conjunto de trabalhadores – unidade de análise – e a relação entre formação / cargo, vínculo administrativo, jornada semanal de trabalho e sexo; o segundo, a formação básica, a pós-formação; os respectivos tempos de formado e o tempo de trabalho no CSEGSF.

Para sua melhor visualização e compreensão, os dados serão apresentados, a seguir, em gráficos analíticos que indicam os trabalhadores entrevistados em sua relação com o conjunto de trabalhadores até do CSEGSF.

Comparando-se o gráfico que representa o grupo de entrevistados com o quadro geral do CSEGSF, vê-se que o aspecto mais relevante está em sua integração com o conjunto geral da força de trabalho, ainda que não seja mantida a proporcionalidade, pois o quadro de entrevistados apresenta maior número de trabalhadores com 3º grau de escolaridade. Essa diferença surgiu porque se privilegiou a formação de trabalhadores que se graduaram ao longo da trajetória no CSEGSF, os quais, mesmo que já atuem na nova função, institucionalmente não são levados em conta no que concerne à formação, o que pode ser verificado no trabalho de LUSTOZA et al. (1997):

Gráfico 2 – Quadro Geral de Trabalhadores do CSEGSF

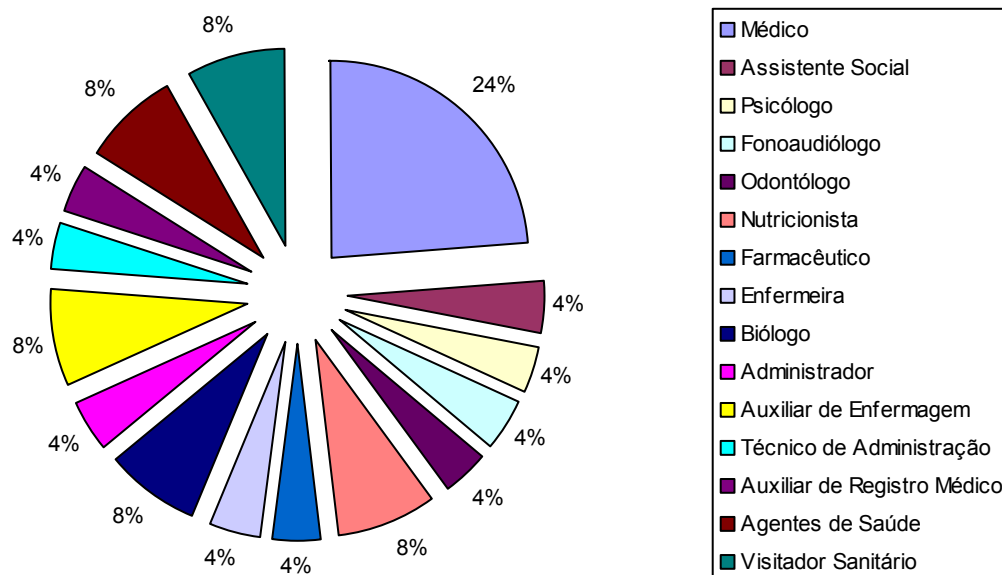
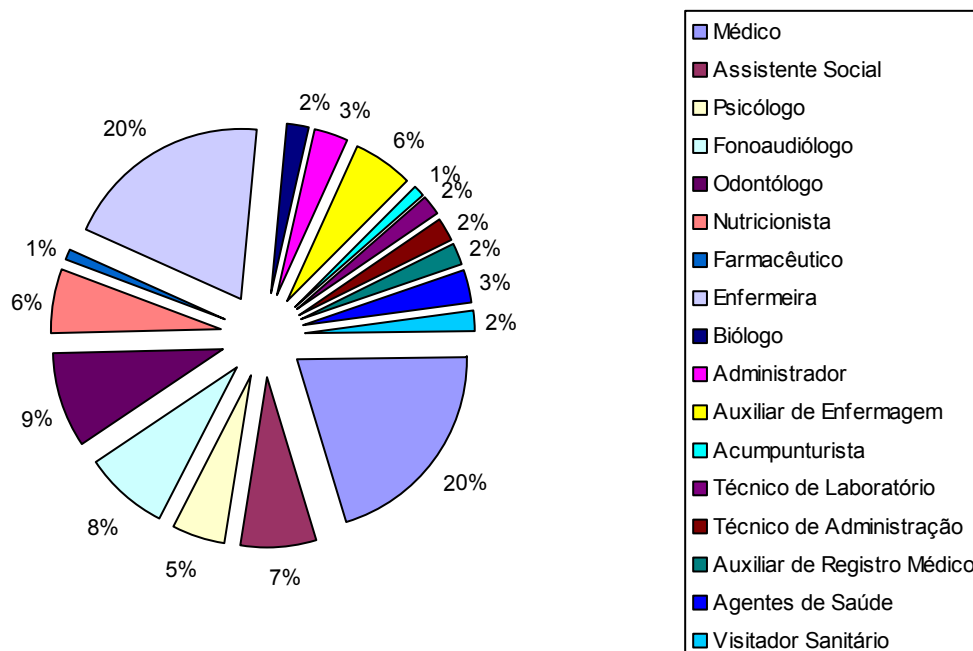


Gráfico 3 – Quadro de Trabalhadores Entrevistados



Assim, no quadro geral, de um total de oitenta e sete (87) trabalhadores, trinta e nove (39) têm escolaridade de 3º grau e quarenta e oito (48) estão distribuídos entre escolaridade de 1º e 2º graus, estando os primeiros cursando o 2º grau em

programa de ensino supletivo oferecido pela FIOCRUZ em convênio com o Ministério da Educação e Cultura. No caso da amostra desta pesquisa, dezoito (18) têm escolaridade de 3º grau e sete (7) estão entre o 1º e o 2º graus de escolaridade; é de interesse observar que, entre os de 3º grau de escolaridade, três permanecem como nível médio na folha de recursos humanos da instituição e um acompanha o ensino supletivo pelo programa da FIOCRUZ.

Outro aspecto expressivo é o número de trabalhadores do quadro temporário proporcionalmente próximo do quadro definitivo da instituição (43% para 57%). Esse quadro indica igualmente a existência de polarização entre médicos e auxiliares de enfermagem (20% para ambos) e predomínio do sexo feminino frente ao sexo masculino (81.6% para 18.3%), tendências já apontadas por SANTANA et al. (1992), que chama a atenção para outras características da força de trabalho e da oferta de empregos no setor saúde, as quais constituem desafios atuais.

Esse autor ressalta, no entanto, que tais indicadores não devem ser vistos de forma isolada do contexto da estrutura ocupacional do conjunto da economia. São eles:

- a) incremento da participação feminina, que foi em média de 20% de 1970 para 1980; semelhante predomínio não é verificado em todas as categorias profissionais, evidenciando-se mais entre médicos (20.6%), odontólogos (28.2%) e farmacêuticos (37.7%);
- b) predomínio marcante do assalariamento entre todas as categorias, mesmo que se encontre prática liberal entre algumas profissões; principalmente entre médicos (40.8%) e dentistas (55.5%), segundo dados do IRPF (1985);
- c) diversificação e ampliação dos tipos e da quantidade de trabalhadores resultante da profissionalização e especialização do trabalho, bem como ligadas à acentuada incorporação tecnológica que vem caracterizando o campo da saúde nas últimas décadas.
- d) marcante polarização ocupacional, em termos quantitativos, que se reflete em duas categorias profissionais, as quais perfazem dois terços do total: médicos e auxiliares / atendentes de enfermagem.

Alguns estudos analisam a inserção da mulher no mundo do trabalho, em geral, e no Brasil, em particular, subsidiando a compreensão da crescente participação feminina nos segmentos com nível de escolaridade mais elevado (26% de mulheres economicamente ativas com nove anos de estudos ou mais para 16.9% dos homens

nesta condição). Outro aspecto é a associação com atividades do setor terciário (doméstica e limpeza) ou com as das áreas sociais (nutrição, educação, saúde), todas localizadas no setor de prestação de serviços (cf. MEDICI, 1987; VAITSMAN, 1989; MACHADO et al., 1997).

A progressiva integração das mulheres em um sistema educacional universal de segundo e terceiro grau foi decisivo para a redefinição da estratificação de gênero, em especial, entre segmentos sociais com maior acesso a ocupações com melhor renda e status. Em virtude do crescimento do ensino secundário no país, muitas mulheres buscaram qualificação para o magistério de nível médio, pedagogia e enfermagem no ensino universitário (cf. SAFIOTI, 1976; VAITSMANN, 1994).

Quanto aos outros indicadores analisados por SANTANA et al. (1992), o gráfico geral de trabalhadores do CSEGSF e o que representou a unidade de análise demonstram que:

1. a prática liberal entre os profissionais de nível universitário, mesmo entre os médicos, é mínima (10.2%);
2. no CSEGSF, em decorrência de sua condição de Centro de Saúde Escola / Serviço de Referência e por estar ligado a uma Instituição de Ensino e Pesquisa – ENSP / FIOCRUZ –, é bem marcante a característica de ampliação e diversificação dos tipos e da quantidade de trabalhadores resultantes da profissionalização e especialização do trabalho (fonoaudióloga e acupuntor, entre outras), ainda que o desenvolvimento nesses campos esteja aquém das possibilidades da equipe. Vinculada também à concepção de serviço local de saúde, a incorporação tecnológica em sentido restrito – entendida como equipamentos – não é acentuada; somente o laboratório foi automatizado nos últimos cinco anos.

Neste estudo assume-se a distinção feita ao conceito de tecnologia de acordo com a crítica de MENDES-GONÇALVES (1994) à concepção restrita desse conceito. O autor destaca que o termo, até por motivos etimológicos, refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho através de seus instrumentos, chamando a atenção para a importância que assume, nessa questão, a consideração do saber como tecnologia.

A opção por classificar tais nexos como formação / cargo, no entanto, justifica-se porque se refere à formação básica do profissional que condicionou não só o

ingresso no CSEGSF, como ainda, para vários, ocorreu no próprio Centro, com ênfase para o caso da agente de saúde e da visitadora sanitária. Embora essa ‘categorização’ seja mais nitidamente ‘natural’ para as carreiras de nível universitário, a identificação com a formação permite visão mais nítida no que tange aos movimentos de cada um no ‘modo de andar a vida’ (no sentido de ‘diversas atitudes do indivíduo frente ao mundo’, de CANGUILHEM, 1990), entrelaçando-o com a formação.

Estudos sociológicos sobre as profissões – entre os quais destaca-se o de MACHADO (1995) – apontam a existência de dimensões analíticas problemáticas nessa área, que envolvem conceitos como, entre outros, profissão, processo de profissionalização e autonomia profissional. A autora também acentua a necessidade de ser examinada a conexão entre base cognitiva e mercado de trabalho, relacionando-a com determinados aspectos conjunturais como Estado, sociedade, que se apresentem, em geral, como elementos de constrangimento da prática profissional. Todavia, nossa análise articula a base cognitiva à situação de trabalho no CSEGSF e às necessidades individuais por formação.

As questões acerca da formação básica como referência, da pós-formação e dos respectivos tempos de formado expostas pelos entrevistados acerca da formação básica, assim como suas associações com o tempo de trabalho no CSEGSF, indica que entre os 25 entrevistados pode-se identificar dois grandes períodos de ingresso: um grupo deu entrada no CSEGSF de dez a 18 anos atrás, com o pico entre dez e 13 anos; outro, de um a nove anos, com concentração maior entre um a cinco anos de trabalho. A observação participante permitiu verificar que os trabalhadores com oito e nove anos se aproximavam mais dos de maior tempo, ademais de se auto-referirem como ‘históricos’.

Estas características – caráter histórico e vinculação / referência (entre formação-profissionalização / sujeito-objeto de trabalho e tempo no Serviço) – foram conformando o conjunto de trabalhadores de modo geral e o próprio grupo de análise, uma vez que ressaltam a importância da antigüidade e do peso dado à história do CSEGSF.

É fundamental compreender que o fato de se enxergarem como autores e atores no processo de construção do CSEGSF tem conotação contraditória: os mais ‘antigos’ ou ‘dinossauros’ – como se auto-intitulam os que estão no Serviço há mais de oito anos – acreditam no interesse de imprimir aos que ‘chegaram ontem’ a importância

da antigüidade e de acentuá-la, ao mesmo tempo em que desconfiam da capacidade que estes terão de assumi-la.

Isso fica mais evidente em momentos das discussões teóricas e metodológicas de proposições de mudanças, em que os primeiros anteparam em um *déjà vu* suas resistências às mudanças e, apesar do respeito mútuo e às propostas novas, ou não creditam confiança ou traçam paralelos com metas não atingidas anteriormente.

Apesar do movimento e sucessivas transformações que o CSEGSF vem vivenciando, tal fato pode ser explicado pelas frustrações, condição estrutural de todo processo, mas que pode ser superdimensionada se não há avaliações que destaquem os reais resultados alcançados, como sinalizam os documentos existentes.

Por sua vez, quando os trabalhadores falam das escolhas pela profissão, sua entrada no CSEGSF encontra-se em íntima vinculação / referência com a formação básica e a identificação com as crianças, mesmo que as razões dessa ‘profissionalização’ sejam díspares:

Quando fui fazer Medicina? ... achava que ser médico ... era ver um paciente à beira do leito ou atrás de uma cadeira ... examinando, prescrevendo. Na cadeira de Medicina Preventiva ... vi que não era nada disso e comecei a fazer alguma coisa global que não era nada de especialidade ... Medicina familiar ... aí fui trabalhar num Posto na favela da Rocinha e através de algumas pessoas vim trabalhar com criança aqui (PEDIATRA).

Minha mãe tem a mesma profissão ... então o meio que eu convivia já era esse meio ... de um emprego em uma instituição meio filantrópica e meio particular ... vim parar neste Centro ... e isso foi quase que um só seguir (FONOAUDIÓLOGA).

Me decidi pela minha profissão ... foi em termos de lidar com criança... mas só quando vim para a FIOCRUZ... pude lidar com crianças na Saúde Pública (AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS).

Porque eu queria trabalhar... dar atenção ao sujeito... eu queria lidar com o outro... trabalhar com desenvolvimento infantil (PEDIATRA; VISITADORA SANITÁRIA; ENFERMEIRA; PSICÓLOGO).

Durante o período de realização das entrevistas, também foram encontrados estes aspectos por meio da observação participante, evidenciando-se que era como se a profissão básica fosse a atual para alguns – “*minha profissão primária?*” (PSICÓLOGA) –, enfatizando sua trajetória a partir do Centro, uma vez que a maioria não só exerce apenas o trabalho do Centro, mas também ali iniciou a vida profissional – *1º estágio*;

1º trabalho – ainda que nesse trajeto tivesse havido inúmeras outras experiências de trabalho e educacionais, sem distinção entre os níveis de escolaridade:

Entre com 18 anos e há 18 anos trabalho aqui (ASSISTENTE SOCIAL).

Meu primeiro emprego foi no CSEGSF e na graduação fiz um estágio aqui (ENFERMEIRA).

Estes depoimentos sinalizam para os caminhos trilhados até chegar ao CSEGSF e sua seleção / avaliação via trabalho. Encontrou-se ainda uma experiência que expressa a contradição entre a conjuntura assistencialista e a resistência a essa modalidade de atenção, bem como enfatiza o trabalho com e para crianças.

Outro aspecto interessante consistiu na constatação de que todos os profissionais trabalham com o que gostam, existindo mesmo significativo número cuja história reflete a necessidade de ter tido que fazer opção entre esse ou outro Serviço em algum momento, ficando nítida a satisfação pela escolha da atual, mesmo nos casos em que não havia compensação salarial. Por essas e outras razões é que:

a) projetam o CSEGSF como centro de cidadania e saúde, não só de doença, apontando essa possibilidade como concreta e não idealizada ao articulá-la à força do poder formal de legitimidade política gerencial:

Para promover a felicidade do sujeito ... porque o CSE tem que proporcionar um ambiente próprio ... profícuo, um ambiente gostoso e acolhedor. Esse espaço existe mas é uma questão da gerência (PEDIATRA).

Nas análises evidencia-se também que, ao reivindicarem um ambiente gostoso e acolhedor – portanto, saudável para a comunidade – também avaliam-no para si, já que é em tal espaço de trabalho que passam a maior parte de suas vidas.

b) adjetivam como espaço “*de vida e de encontro*” (E.VS; ASSISTENTE SOCIAL) esse que lhes foi forjando a identidade de trabalhador, conferindo a sua formação básica matizes únicos (*o outro campo, o profissional da favela, as constatações das características muito diferenciadas das dinâmicas e estruturas familiares e de valorização da vida*):

Só que foi trabalhar com pessoas carentes ... passava mal porque não estava acostumado com esse negócio de pobreza ... de sujeira. Depois vim para o CSE e isso me trouxe para esse outro campo (AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS).

Na minha clínica particular ... eu só pegava filhos de empresários, de artistas ...era o meu grosso ... aí aqui fui pegar crianças de creche ... com

nariz escorrendo ... mas não tive repugnância ... aí eu pensei ... atualmente eu sou uma profissional da favela (FONOAUDIÓLOGA).

Aqui a gente não tem muito de famílias tradicionais. A gente tem uma troca de parceiros ... com filhos de cada um ... que quando tem um problema tipo HIV, sífilis ... tem dificuldade de descobrir quem é o pai ... As mães são sozinhas ... mas não deixam os pais maltratarem os filhos ... se nasceu: vamos morrer todos de fome juntos (ENFERMEIRA).

É forçoso reconhecer, todavia, que essa classificação por formação não dá conta da diversidade e multiplicidade de papéis / funções, vinculação administrativa e titulações que as trajetórias individuais lhes possibilitaram e que estão detalhados nos quadros e gráficos apresentados acima.

Aspecto expressivo é a maneira pela qual essa trajetória de trabalho e formação se reflete no quadro funcional da instituição:

- no caso dos trabalhadores de nível médio de escolaridade, os ‘desvios de função’ pela busca da competência, a qual não encontra eco nas rígidas regras trabalhistas que não lhes permite a ascensão por titulação, concomitante à quase ausência de oportunidades de concursos que lhes confeririam a legitimidade administrativa já consolidada através dos certificados / diplomas dos vários cursos realizados – em nível de especialização técnica e de graduação de 3º grau – e pela prática cotidiana, competente e engajada;
- no caso daqueles com nível universitário tem ocorrido a incorporação de novas atividades às relacionadas com a formação básica e / ou também ‘desvios de função’ (psicólogos, médicos e enfermeiras, por exemplo, cuja atividade principal já não é a correspondente à formação básica), mas igualmente legitimadas como explicitado para o nível médio.

A competência do trabalhador cria necessidades, enquanto o próprio serviço exige pessoas mais competentes. Assim, o quadro funcional está sempre em defasagem com o desenvolvimento tecnológico, as aspirações do cidadão e as possibilidades e desejos do trabalhador. O ajuste é possível, mas os ganhos reais e a correspondente qualificação dos sujeitos no trabalho ficam diluídos quando não se tem reconhecimento em tempo hábil.

Tem-se, assim, de um lado, assistentes sociais, sanitaristas, biólogos e pedagogos já formados e outros em formação (Biomedicina, Fonoaudiologia); de outro, médicos, psicólogos e enfermeiros, com atuações bem distintas da formação básica, tendo-a ampliado para pesquisadores, professores, sanitaristas ou analistas de sistemas de

informação. Encontram-se, em meio a essa diversidade, estagiários de enfermagem, do administrativo e do laboratório assumindo funções estratégicas nas equipes dos programas e até compondo as de pesquisa ao lado de técnicos, completando a formação escolar básica, mas articulados ao saber-fazer cotidiano.

Em relação aos primeiros, a incorporação das titulações só ocorre em âmbito informal, uma vez que são classificados como técnicos de nível médio no quadro funcional e nas folhas salariais, sem falar no desencanto pelo estrangulamento de progressão na carreira técnica. Isso pode dar motivo para que só uma minoria desfrute do ideal de 'autonomia' e prestígio, além de comprometer a adequação entre a figura do trabalhador com carreira e o percurso social desses trabalhadores. No caso do CSEGSF, essa questão apresenta-se de forma mais marcante não entre nível superior e médio, mas entre 'funcionários' e 'estagiários' – denominações culturalmente introjetadas – que fazem a diferença na cobrança dos muitos deveres e poucos direitos dos primeiros em relação aos segundos:

É ... aqui dentro eu acho que até os médicos não têm isso ... embora os outros profissionais possam até se achar inferiores pela cultura dominante na sociedade ... é mais o nível médio com os estagiários ... mesmo assim coisa leve ... de direitos trabalhistas (férias, folgas, horário) ... leve porque são bem variadas as equipes dos grupos temáticos sem diferenciação em termos de valorização profissional, quando então ... essa questão se dilui (CLÍNICO GERAL).

O trabalho de ARTMANN et al. (1997) indica, como um dos resultados do processo de planejamento estratégico (PES) no CSEGSF, a elaboração de um plano de ação estratégica de forma participativa que proporcionou a visualização dos problemas e de mecanismos para seu enfrentamento com maior abrangência. Um dos problemas priorizados pelo conjunto dos trabalhadores foi a inadequação da política de recursos humanos, tendo sido apontado alguns nós críticos relacionados mais a causas em nível micro e, portanto, com maior governabilidade, como, por exemplo, a inexistência de sistema interno de avaliação de desempenho e de educação continuada, conquanto também destacassem aspectos como insatisfação financeira, pessoal e profissional. Esta insatisfação, no entanto, durante o período das entrevistas não sobressaiu nos depoimentos dos entrevistados.

Por sua vez, a fala do grupo focal de professores da ENSP ressalta pontos igualmente importantes no que tange aos trabalhadores e ao processo de trabalho, indicando que os mesmos deveriam estar integrados aos projetos de saúde e educacionais dos Serviços, salientando a falta de 'carreira e salários compatíveis':

Evoluir para um processo de trabalho que ao mesmo tempo que tenha um nível de normatividade ... propicie uma discussão das contradições entre inexistência de uma carreira e salário compatíveis e o 'não cumprimento da lei' com o repasse de atuação ... permeando o rigor administrativo com a dimensão técnica e social do saber individual e coletivo (GR. PROF. ENSP).

Um aspecto importante também enfatizado por esse grupo foi que o crescimento do Serviço leva à ampliação e aperfeiçoamento da avaliação por melhoria.

Essa questão da carreira é ambígua porque não há, da parte do Governo Federal, um plano de carreira compatível com as especificidades e competências de seu quadro de funcionários, os quais são também, em geral, culpabilizados pelos inúmeros problemas oriundos da má gestão do setor e pela política neoliberal, privatista e recessiva. No caso da FIOCRUZ, em virtude de ser uma das Instituições do MS que estão no plano de Ciência e Tecnologia, incorpora-se aos salários um percentual por especialização (para o 2º e 3º grau de escolaridade) e um relativo ao Mestrado e Doutorado, o qual, ainda assim, está aquém de um real plano de cargos e salários.

4.2 CONDIÇÃO DE TRABALHADOR

Sabe-se a influência exercida pelas políticas públicas e pelo mercado de trabalho tanto em relação à organização técnica do trabalho quanto no que concerne à formação de seus agentes. Daí porque foram trazidas algumas questões centrais apontadas na produção teórica existente sobre a temática para serem contrastadas com os dados empíricos, bem como foi feita uma análise das dez Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e das duas de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) que foram efetuadas ao longo do período de 1941 a 1996 e 1986 a 1993 respectivamente.

No Brasil, o setor saúde absorve em torno de dois milhões de trabalhadores, dentre os quais mais de um milhão são profissionais que lidam diretamente com a assistência médica em uma rede de 49.676 estabelecimentos de saúde, entre hospitais, postos e centros de saúde, prontos-socorros e ambulatórios, sendo que 27.092 são públicos e 22.584, privados. Esse quadro de trabalhadores é constituído por médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, laboratório, raios X, entre outros (BRASIL / IBGE / AMS, 1992; MACHADO et al., 1997).

Outro aspecto a ressaltar é que o movimento da institucionalização do trabalho para a saúde, no Brasil, teve configuração e determinação distintas – *o campo da Saúde Pública e o da Assistência Médico-Hospitalar* – que originou padrões organizativos diferenciados com repercussão ainda hoje na força de trabalho, principalmente no que diz respeito à própria natureza do trabalho e às relações que se estabelecem em sua prática.

Tais particularidades podem explicar características do mercado de trabalho em saúde, como a multiplicidade e simultaneidade de formas de inserção de certas categorias (por exemplo, os médicos), a convivência de diferentes padrões de exploração e consumo da força de trabalho, o surgimento e desaparecimento de determinadas ocupações e a incorporação de uma série de novos atributos técnicos para o exercício de dadas profissões, como acentuam MACHADO et al. (1992).

Importa assinalar que é inegável ter havido mudanças de composição interna no perfil das equipes de saúde, em particular, pelas prioridades definidas pela política de saúde pós-76 no campo específico dos recursos humanos. No cômputo geral, porém, persistem distorções decorrentes da organização dos serviços de saúde no Brasil dos anos setenta (MEDICI, 1987).

No Brasil, as análises, discussões e propostas sobre a questão dos Recursos Humanos apresentadas nas CNS e nas CNRHS constituem as bases para a conformação de uma política de Recursos Humanos para a Saúde.

Como destacam os Cadernos RH / SUS (1993), podem ser distinguidos três períodos entre as nove Conferências Nacionais de Saúde: de 1941 a 1963 (1ª à 3ª); de 1967 a 1980 (4ª à 7ª); de 1986 a 1992 (8ª e 9ª).

Nas três primeiras conferências prevaleceu uma visão sanitária 'clássica' no sentido de considerar a saúde pública como condição de desenvolvimento social e econômico, tendo-se abordado a questão dos recursos humanos para a saúde desde a perspectiva de sua formação, situando o médico como principal protagonista. Na 3ª Conferência destaca-se a proposição da descentralização do ensino, bem como a relevância dada ao problema do preparo e aproveitamento do pessoal técnico.

O período compreendido entre a 4ª e a 7ª Conferência caracteriza-se pelo controle burocrático-autoritário do regime militar, para o qual a questão dos recursos humanos constituía instrumento decisivo da política desenvolvimentista,

entendendo-os como 'capital humano'. A análise de seus relatórios evidencia a ênfase na qualificação – *formação, instrução e treinamento* – na necessidade das equipes de saúde e programas orientados para a formação dos vários tipos de profissionais.

Na 8ª Conferência (1986) foi ampliado o conceito de saúde e definido o dever do Estado na promoção, prevenção e recuperação à luz da Reforma Sanitária. Nela foram definidos os cinco temas que foram aprofundados na 1ª CNRH, realizada no mesmo ano: a) valorização do profissional (mercado de trabalho, recrutamento, treinamento de ingresso, estágio probatório, salários, avaliação de desempenho, quadros de lotação e remanejamento de pessoal, equipes de saúde); b) preparação (níveis médio e elementar, graduação, educação continuada de nível superior, pós-graduação, integração docente-assistencial); c) organização dos trabalhadores de saúde (entidades profissionais e de servidores, direitos trabalhistas, isonomia salarial e condições de trabalho); d) relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema; e) órgãos da área.

A 9ª Conferência realizou-se em 1992, tendo como base legal a nova Constituição e a Lei Orgânica de Saúde (LOS n.8080), em contexto de aprofundamento das crises econômica, política e ética do Governo Collor.

A discussão do desenvolvimento de recursos humanos serviu de pano de fundo para a 2ª CNRHS, em 1993, ressaltando-se a implantação da supervisão do processo de trabalho como instrumento gerencial, a definição de política de financiamento para o desenvolvimento de recursos humanos e o fortalecimento de instâncias de formação de caráter permanente em todos os níveis.

A 10ª CNS foi feita em 1996, elegendo-se como tema central a construção de um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. A questão dos recursos humanos foi debatida em duas mesas oficiais. Em uma delas tratou-se da formação e capacitação, abordando os papéis de Direção do SUS nas três esferas de Governo, na Universidade e em outras Instituições de Ensino da área. A multidisciplinaridade foi eleita como instrumento de abordagem de problemas complexos para a construção dos sistemas municipais, regionais e estaduais de saúde. A outra mesa oficial centrou-se no enfoque da gestão de recursos humanos sob a perspectiva da descentralização da gestão, das novas relações e, principalmente, dos processos de trabalho nas unidades públicas (BRASIL / MS, 1996).

Outro aspecto a ser levado em conta: para que esses profissionais tenham consciência crítica e sejam efetivamente agentes de mudanças substanciais, torna-se preciso que ocorram mudanças estruturais consistentes, as quais, no caso do Brasil, significam a implantação concreta do SUS, ou seja, que se cumpra a lei conforme ao que está contido no documento do Ministério da Saúde sobre a descentralização do SUS (BRASIL / MS / GED, 1993).

Em contraposição a esse documento do Ministério da Saúde (MS) a respeito da descentralização do SUS (BRASIL / MSGED, op. cit.), alguns trabalhos destacam a tendência de realização de mudanças substanciais com viabilidade política mediante a ação conjunta de sujeitos articulados com movimentos sociais de sustentação, uma vez que já estão dadas as principais condições no discurso jurídico-institucional (cf. PAIM e NUNES, 1992; L'ABBATE, 1995).

Essas questões macro têm repercussões no quadro de profissionais do CSEGSF que trabalha com adscrição de clientela, isto é, com uma base populacional em 'território-área', a qual, segundo MENDES et al. (1993), configura um território de determinação de co-responsabilidade, em defesa da saúde, entre população, Serviço e poder local naquele espaço, mas que também constitui o âmbito de organização básica de atenção à demanda.

Dessa forma, para que se cumpra o papel de co-responsabilidade sanitária, requer-se a concretude de um Distrito Sanitário que propicie aos demais Serviços Locais aí existentes que trabalhem com população de abrangência e a absorvam mediante o desenvolvimento de mecanismos de referência e contra-referência, bem como é preciso que haja integração aos outros níveis da atenção pela associação, de modo a diminuir a tensão gerada pela demanda reprimida e pela pouca resolutividade do cuidado, quando este requer maior complexidade em sua realização.

Em suas falas, os integrantes do grupo de entrevistados evidenciam essas preocupações, assim como suas percepções do grau de excelência e resolutividade que o serviço local deve ter para corresponder ao verdadeiro sentido do processo saúde / doença, já que esta última '(a doença) é o que não tem processo':

Na realidade na participação do profissional em APS ... ele deve ter uma boa compreensão do processo saúde-doença porque a doença é o que não tem processo, antes de chegar a doença você passa por várias etapas, né?! (FARMACÊUTICA).

Tem que melhorar a resolutividade do nível primário e criar referência e contra-referência (PEDIATRA).

A demanda reprimida não é tão grande ... está mal organizada ... temos que levar em consideração que uma grande parte dela não é do CSEGSF... é uma consequência dos disfuncionamentos do sistema de saúde (CLÍNICO GERAL).

Esses depoimentos destacam ainda dois pontos:

1. na fala normativa sobre a qualificação para a melhoria da resolutividade e dos mecanismos de referência e contra-referência para o alcance da integralidade – dois dos princípios básicos da APS –, a reflexão crítica sobre a importância do papel desse tipo de atenção para dar conta de 70 a 80% dos problemas de saúde que acometem as pessoas e para referendar outros níveis de maior complexidade quando necessário, sem perder de vista o caráter longitudinal e de coordenação da APS.
2. a falta de informação / documentação organizada e os distanciamentos entre Ciência, Serviço Local, Hospital e Universidade, o que prejudica o ‘encontro’, a relação consciente entre paciente / cidadão e o trabalhador de saúde, fazendo com que estes estejam sempre iniciando entre si processos mal estruturados e inacabados.

Há indícios de outros esforços advindos do MS no sentido de propiciar a mudança dessa situação. Um deles, como está explicitado no documento BRASIL / RH SUS / MS (1995) aponta, como atribuição sua (MS), a definição de uma agenda de trabalho no campo da política de recursos humanos para o SUS, que terá os seguintes núcleos temáticos como norteador das prioridades e diretrizes do plano de ação: *1 - Regulação de recursos humanos de saúde; 2 - Aperfeiçoamento e modernização da gestão do trabalho em saúde; 3 - Fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde; 4 - Informação e investigação em recursos humanos de saúde.*

Enfatiza-se, nesse documento, que estão previstas atuações do MS no que tange à disponibilidade de recursos humanos adequadamente preparados tanto em relação à formação profissional quanto aos processos de atualização e aperfeiçoamento – itens contidos no *3º núcleo temático* –, desde a participação nas formulações dos currículos universitários e de nível médio até o desenvolvimento de programas de educação continuada voltados para o perfil de funções coerente com os novos postulados assistenciais do SUS (BRASIL / RH-SUS / MS, 1995).

Essas definições advindas do órgão de administração central do setor saúde, apesar de reunirem todos os dados, só conseguem generalizá-los sem oferecer, no entanto, exemplos locais de operacionalização.

A esse respeito torna-se importante destacar, por um lado, a análise de MACHADO et al. (1997), que chama a atenção de que, apesar de o setor público haver duplicado a capacidade de absorção de mão-de-obra durante uma década (1980-1990), este não correspondeu de forma satisfatória ao seu papel de provedor e promotor de serviços médicos, como também de provedor e responsável pela formação e capacitação dos próprios recursos humanos. Por outro lado, nos últimos vinte anos houve mudanças conceituais e metodológicas acerca dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Existem determinadas formas de considerar os profissionais empregados no setor saúde em nível teórico-conceitual, como, por exemplo, *força de trabalho*; *recurso humano*; *emprego em saúde*; *trabalhadores da saúde*; *profissional de saúde* e *a de pessoal de saúde* (cf. NOGUEIRA, 1987; MACHADO et al., 1992).

Semelhante variedade conceitual e as informações existentes acerca dos recursos humanos, assim como de suas relações com as questões concernentes ao atendimento das necessidades básicas por meio dos cuidados institucionalizados para a saúde, permitem identificar as dimensões dessa problemática e contribuem com referenciais para pensar a formação continuada em vários níveis.

NOGUEIRA (1987) ressalva que, ao se dizer *força de trabalho*, pensa-se imediatamente em coisas tais como produção, emprego / desenvolvimento, renda, divisão de trabalho, setor de emprego e assalariamento. Ao contrário, quem diz *recurso humano* pensa em planejamento, capacitação, seleção e plano de cargos e salários. São duas maneiras de focar a realidade; uma, visa descrevê-la e interpretá-la teoricamente, enquanto a outra tem por objetivo submetê-la à ação gerencial. Contudo, Nogueira reafirma que uma abordagem não pode ser dissociada da outra; ao contrário, a que leva em conta a óptica de recursos humanos isoladamente constitui um reforço do utilitarismo institucional.

O enfoque de *emprego em saúde* permite a análise das formas de inserção dos profissionais em saúde no mercado de trabalho, tais como evolução dos postos de trabalho, tipos de instituição, de convênios e de modalidades assistenciais. Quem diz *emprego em saúde* pensa em ocupações e postos de trabalho (MACHADO et al., 1992).

Os mesmos autores explicam que esses três enfoques correspondem a formas distintas de interpretar a realidade e que, apesar de teórica e conceitualmente distintos, eles são complementares. Desenvolvem, além das citadas, três categorias conceituais, a saber:

- *Trabalhadores de saúde* – todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica em saúde.
- *Profissionais de Saúde* – os que detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente às ações de saúde.
- *Pessoal de Saúde* – o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica, prática ou acadêmica, trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde.

Alguns estudiosos apontam para a importância de conceituar os profissionais como sujeitos e analisam que este conceito deve ser tomado como pressuposto para direcionar a ação e pensar a postura ética, o que impediria a redução de sujeitos humanos em insumos ou objetos (cf. L'ABBATE, 1994, 1995; CAMPOS, 1994a). Com base na noção de ser humano desenvolvida por SARTRE, L'ABBATE (1994) afirma:

... sujeito seria uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos (...) e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal / profissional / social diante dos desafios colocados a cada momento (...) como um ser engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor (...) que no caso do trabalhador de saúde esse redor é o ambiente e as circunstâncias que constituem a totalidade na qual se insere a área e com a qual o trabalho cotidiano de cada profissional se relaciona. (L'ABBATE, 1994:482)

Como já foi demonstrado, toda a conceituação existente na produção sobre o tema contempla a pluralidade do quadro de trabalhadores do CSEGSF de modo parcial e / ou integral. Esses sujeitos tão diferenciados individual e profissionalmente constituem, no entanto, uma argamassa consistente em torno de objetivo comum e são um só 'coração' na busca da melhoria das condições de vida e saúde da comunidade de referência, em geral, e das crianças, em particular, meta que faz com que todas as diferenças individuais e até as insatisfações se diluam – como já demonstrado ao longo desta análise –, permitindo que sejam construídas, na prática, novas formas de convivência em meio às contradições e tensões latentes.

O documento final do IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (1994) chama a atenção para a continuidade da luta realizada pelos profissionais de saúde dos Serviços e da Academia, articulados com as organizações de usuários, a favor da efetivação dos princípios contidos na Reforma Sanitária, assim como destaca o fato de eles ainda acreditarem na possibilidade de obtenção da melhoria qualitativa do atendimento prestado à população (L'ABBATE, 1995). Esse embate mantém-se ainda e foi reafirmado tanto na 10ª CNS (1996) quanto no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (1997).

Conforme destaca MINAYO (1991a):

Os trabalhadores e profissionais do setor que representam a saúde como direito individual e coletivo rompem a concepção centrada no biológico, no individual, na harmonia e equilíbrio sociais. Fazem da saúde uma meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe. (MINAYO, 1991a:88)

Na continuação de sua análise MINAYO (1991a) enfatiza que os profissionais da área têm a saúde e a doença no âmbito social por objeto concreto de trabalho, quer dizer, um objeto que envolve, ao mesmo tempo, as relações sociais e o social, traduzindo, em última instância, as condições e razões socioculturais e históricas dos indivíduos e grupos através da saúde e da doença.

5. CSEGSF¹: LOCUS DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E FORMAÇÃO

*Por ventura sabe que serviço é esse?
É dedicar-se, é manifestar-se,
Através de outro, nele refletir-se?
De quantos possíveis faz-se uma tarefa?
Quantos impossíveis a constelam?*

(CARLOS DRUMOND DE ANDRADE)

5.1 RESGATANDO PRINCÍPIOS E HISTÓRIA

Para a análise de perspectivas do CSEGSF como *locus* de trabalho e formação é fundamental iniciar pela compreensão de sua história que, em última análise, acentua, de forma direta e / ou indireta, as várias relações entre as ações (conjunto de técnicas), os meios que vêm configurando esse espaço e a vida de seus trabalhadores e da comunidade de referência ao longo de todo esse tempo.

Nesse período de quase trinta anos de fundação, conforme chamam a atenção TAVARES et al. (1996), o desenvolvimento do CSEGSF passou por três etapas bem distintas, tendo como questão central a associação ao processo mais geral de transformação da sociedade, de seu sistema de saúde e da consciência sanitária vigente no País.

O primeiro período (1968-1978) foi centrado no modelo da Fundação SESP (FSESP) dicotomizado de maneira característica no modelo curativo-preventivo, com ênfase no curativo, incorporando a visita domiciliar do plano preventivo.

O segundo período (1979-1985) correspondeu ao desejo de mudança geral dentro da sociedade, que se expressou no setor saúde com a meta Saúde Para Todos No Ano 2000 (SPT / 2000) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil foi gestada a idéia de novo modelo que unificasse o conjunto do trabalho em saúde, tendo a FIOCRUZ marcante participação; nessa época, o CSEGSF foi incluído como um dos Órgãos do Ministério da Saúde em regime de co-gestão com

¹ Todos os dados sobre o CSEGSF são resultado da análise dos documentos que estão relacionados no Anexo 1.

o INAMPS, reafirmando internamente seu papel junto à ENSP, enquanto unidade formadora de recursos humanos, dentro do projeto institucional da FIOCRUZ.

O terceiro período (1985-1993) demarcou a criação de condições favoráveis nos planos político e econômico através das Ações Integradas de Saúde (AIS), a 8ª CNS e a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse tempo simboliza também o desenvolvimento de novo período para o CSEGSF, em que a tônica principal foi a passagem de sua concepção como unidade docente-assistencial para o de Centro de Saúde Escola, com status de Departamento da ENSP; o que implicava revisão de sua missão institucional correspondente a sua vinculação a uma Instituição de Ensino e Pesquisa e não mais como apenas campo de ensino e pesquisa. Essa questão apontava para a necessidade de transformação de suas ações de saúde como base para o desenvolvimento de linhas de pesquisa e de novas tecnologias, assim como para a formação de recursos humanos nessa área do conhecimento. As principais características estruturadas desde essa época são:

- o trabalho em área geográfica delimitada e com população adscrita no bairro de Manginhos que atendia quase a totalidade de uma população favelada;
- manutenção de atividades intra e extra-muros que utilizava agentes de saúde comunitários e visitantes sanitários.

Nessa fase avançaram o ensino, a pesquisa e o próprio modelo de assistência. Faltava, entretanto, a definição de um projeto próprio do CSEGSF, que articulasse estas atividades, vinculando-as à conjuntura de implantação do SUS.

Nos últimos tempos vem-se vivenciando um contexto marcado pelo aprofundamento da crise socioeconômica e do setor saúde, cujo reflexo exacerba-se, em especial, nos grupos sociais menos favorecidos, como é o caso da população referida ao CSEGSF.

Tais dificuldades vinham sendo visualizadas, de um lado, de forma pontual pelo conjunto de trabalhadores; de outro, fazia parte das preocupações da equipe de direção do CSEGSF daquela época, uma vez que, além de percebidas, demandavam a busca de alternativas e / ou soluções que propiciassem respostas efetivas à crise interna sem perder de vista o compromisso social e a competência tecno-científica.

Da mesma forma, compreendia-se que estes objetivos não se manteriam sem um processo que envolvesse o conjunto de seus trabalhadores e que tivesse legitimação institucional.

O CSEGSF retomou, então, o processo de redefinição de sua Missão Institucional. Para esta finalidade procurou manter e até expandir seu quadro de pessoal através de pesquisadores visitantes, convênios com outras instituições / unidades-FIOCRUZ e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), além de estimular e liberar seus profissionais para formação em vários níveis, desde Pós-Graduação *stricto* e *lato sensu* até especialização e aperfeiçoamento para o nível médio.

Ainda na direção de retomada de sua missão, em maio de 1995 foi iniciado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) com a assessoria do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS / ENSP), de modo que não somente a avaliação fosse possibilitada por sua metodologia no momento explicativo, como também comprometesse todo o quadro funcional através de sua estratégia.

ARTMANN et al. (1997) acentuam, porém, que houve dificuldades em relação ao ritmo e cumprimento das tarefas acordadas e quanto à explicitação e à formulação do projeto no interior do Serviço, o que pode explicar a não operacionalização do plano elaborado.

Naquele período outras alternativas foram buscadas e / ou intensificadas:

- a troca de experiências e instauração de cooperação técnica com unidades de características semelhantes, como o Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa, da Universidade de São Paulo (BUTANTÃ / USP / SP) e o Distrito Sanitário Pau da Lima, Salvador / Bahia;
- aproximação com as outras unidades assistenciais da FIOCRUZ através da Câmara Técnica de Atenção à Saúde.

Da mesma forma que destacam a condição histórica do CSEGSF, os depoimentos abaixo enfatizam a força desse lugar que se foi constituindo com a marca da superação de desafios mediante as (re)invenções do espaço, o que propicia a criação de “*determinados laços*”, de “*olhar diferente, mas não distante para a pessoa com sofrimento*” bem como do (re)desenho das ações possibilitados por “*pessoas disponíveis para trabalhar em conjunto*” (NUTRICIONISTA). E é tão intrínseca a ligação

com esse espaço de relações que nessas falas sobressaem também a não distinção entre individualidades / trajetórias / proximidades:

Aqui no CSEGSF a gente acaba criando um espaço quando a gente precisa ... mas não vejo como do 'Serviço' ... e sim das pessoas que estão ali e são abertas para sugestões ... disponíveis ... para trabalhar em conjunto ... que até faz a gente criar laços ... e fazer um trabalho legal (NUTRICIONISTA).

O espaço de trabalho aqui é desordenado ... pela própria característica do trabalho desordenado ... mas não tenha dúvida que às vezes a forma de ver é diferente ... você não distancia ... está sempre buscando os anseios das pessoas que a gente atende ... né? ... a pessoa com sofrimento por aqui ... mas ele ajuda você a crescer ... tanto a qualidade do que você faz e a melhoria do Serviço ... quanto a qualidade pessoal, profissional ... acho que se hoje você é produto disso ... é porque o Centro de Saúde tem essa característica (CLÍNICO GERAL).

SANTOS (1997) assevera que é o lugar que atribui às técnicas o princípio da realidade histórica e que, ao relativizar seu uso, integra-as em um conjunto de vida, redefinindo-as. Assim, os respectivos tempos das diversas e diferentes técnicas presentes se cruzam e se acomodam, fazendo uma espécie de tempo do lugar, esse tempo espacial que é o *outro* do espaço.

5.2 PAISAGEM E VIDA NO TERRITÓRIO-ÁREA²

Em continuação à configuração do espaço CSEGSF torna-se relevante a interpretação do espaço geográfico como o encontro do sujeito com o mundo, isto é, da inseparabilidade do continente com o conteúdo, cujas ações existentes o renovam, permitindo transitar do passado para o futuro através do presente. Para SANTOS (1997), a natureza desse espaço é formada pelo conjunto das ações humanas através do tempo, animado pelas ações atuais que lhe dão dinamismo e funcionalidade. Para esse autor, é o homem que atribui conteúdo às formas espaciais.

Neste caso, as formas ou paisagens desse território-moradia para a comunidade de referência do CSEGSF – da qual cerca de 30% é constituída por seus trabalhadores, que residem no Complexo de Manguinhos – e território-trabalho para os trabalhadores servirão de palco para a história viva ou conteúdo social dado pelas características da sociedade por eles formada.

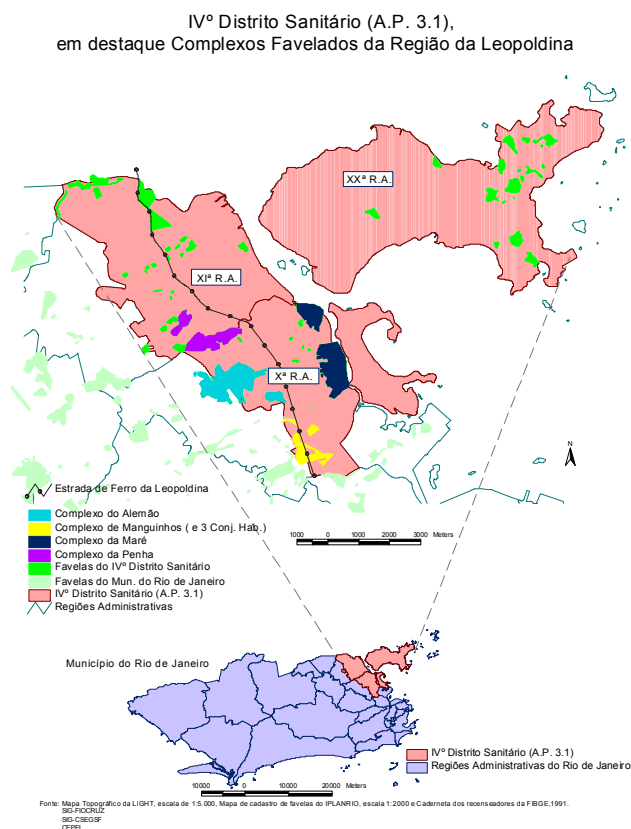
² A sistematização e análise desses dados foi inicialmente desenvolvida por FIGUEIREDO & GRIBEL (1997) e consta da relação dos documentos analisados.

O IV Distrito Sanitário (IVDS), região onde está localizado o Complexo de Manguinhos, tem área territorial de 86.02 Km², correspondente a 6.85% da área do município do Rio de Janeiro. Caracteriza-se, entre outras coisas, por ser área constituída por 28 bairros e 90 favelas distribuídas em quatro complexos: Alemão, Manguinhos, Maré e Penha.

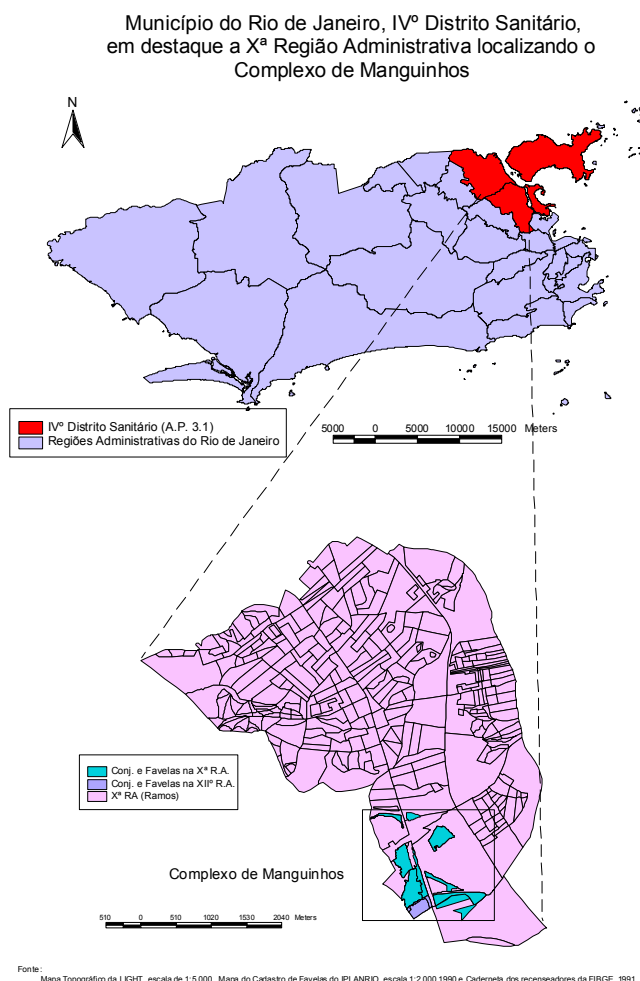
A população estimada (1995) é de 807.502 habitantes (14.3% da população do município do Rio), dos quais 270.000 vivem nesses quatro grandes complexos favelados (33% do total).

O Complexo de Manguinhos situa-se na zona norte do Rio de Janeiro, ao longo da Estrada de Ferro da Leopoldina, ocupando uma área localizada nas X (Ramos) e XII (Inhaúma) R.A, sendo formado por três conjuntos habitacionais e nove favelas. O acesso físico ao CSEGSF dista entre 400 e 1.400 metros. Esses destaques podem ser visualizados nos mapas que se seguem:

Mapa 1. Complexos Favelados da Região da Leopoldina. IV D.S. (A.P.3.1)



Mapa 2. IVº Distrito Sanitário. Xª Região Administrativa. Complexo de Manguinhos



Sua ocupação começou no início do século e os processos migratórios foram variados, caracterizando-se principalmente por: (a) doação de terreno pela própria FIOCRUZ para funcionários da instituição; (b) remoção de habitantes de outras favelas em razão de situação de risco; (c) invasão de terrenos por parte de moradores não contemplados com a distribuição das casas e que constituem a maior área de risco, ficando os barracos nas margens do rio; (d) ocupação de militares ex-combatentes de guerra.

Está na segunda área mais poluída do município, com padrão de partículas de suspensão no ar de $480\text{ug} / \text{m}^2$ ($240\text{ug} / \text{m}^2$) em decorrência da presença da Refinaria de Manguinhos e da Estação de Transferência de Lixo do Caju, além de outras indústrias.

Em relação à urbanização: (a) o campus da FIOCRUZ é a única reserva de área verde (4.363.700 m²); (b) área construída: 14.4% domicílios; 46.87% estabelecimentos comerciais e serviços; 38.60% indústrias; (c) saneamento: água encanada 70%; a coleta de lixo atende a poucas áreas; o serviço de esgoto é irregular, cobrindo uma faixa de 20 a 90%.

Sua população está em torno de 35.000 habitantes; destes, 54% encontram-se na faixa etária de 15 a 49 anos, com ligeira predominância da população feminina (52%) e desaceleração da taxa de crescimento populacional local. As profissões são as seguintes: costureira, doméstica, mecânico e padeiro (70% da população produtiva não está inserida no mercado de trabalho formal, apesar de 50% haver declarado ter profissão).

Outro aspecto fundamental para a compreensão das condições socioeconômicas dessa comunidade é a situação de trabalho no mercado formal. Em pesquisa desenvolvida em 1991, pelo Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), apenas 10% dos moradores do Complexo de Manguinhos estavam vinculados ao mercado de trabalho formal. Uma pesquisa por amostragem, efetuada em 1994 pelo departamento de Saneamento da ENSP para o projeto Universidade Aberta, mostrou que tal quadro manteve-se inalterado no decorrer desses quatro anos.

Desde agosto de 1994, por iniciativa de professores da ENSP através do projeto da Universidade Aberta, foi criada a Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos do Complexo de Manguinhos (COOTRAM), na perspectiva do desenvolvimento humano sustentável, conceito desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como uma das estratégias centrais para superação da pobreza e dos problemas sociais enfrentados pelas populações mais pobres. Contou com o apoio da Gerência de Cooperativismo do Banco do Brasil, da Coa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE / UFRJ) e das Associações de Moradores do Complexo de Manguinhos.

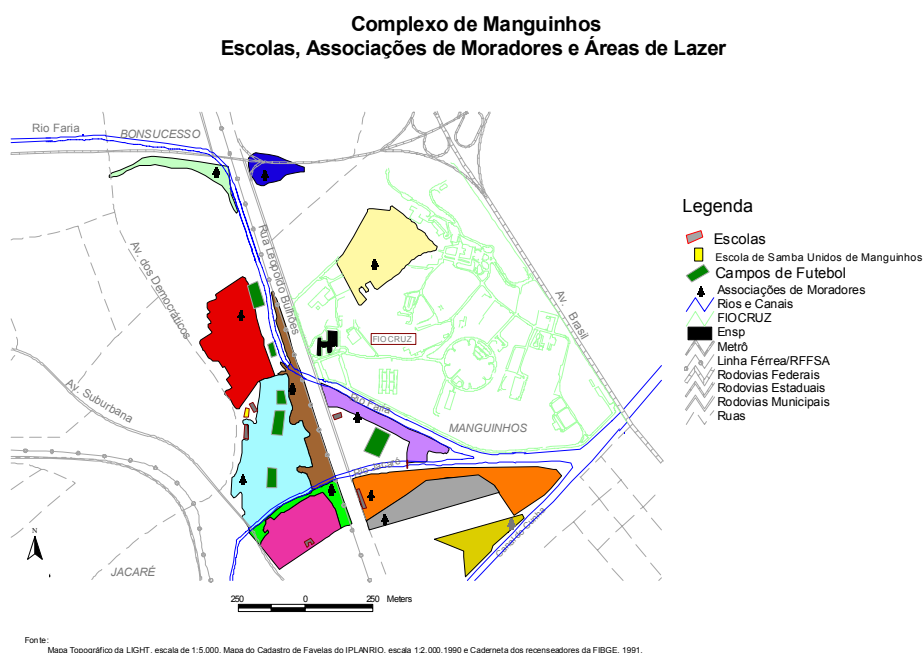
Atualmente abrange mil (1.000) cooperativados, homens e mulheres da comunidade, distribuídos em três setores, todos relacionados com a FIOCRUZ: limpeza predial, de laboratórios e jardinagem do CAMPUS; coleta seletiva e reciclagem de lixo; corte e costura. Esta iniciativa respondeu de forma concreta às expectativas da comunidade quanto à ampliação do emprego, melhoria de renda e capacitação para

o trabalho, passando a ter importante capacidade de mobilização e representatividade da população da região (Buss et al., 1998).

Em virtude de ser recente a situação de cooperativados, ainda não foram feitos estudos que possam refletir os ganhos reais, numéricos, nas condições de vida e saúde proporcionados a essa população pela geração de trabalho e renda relacionada à cooperativa.

Os Serviços Educacionais oferecidos são: quatro (4) escolas públicas do jardim à quarta série do primeiro grau (2.054 matriculados = 25.69% da necessidade), uma vez que são 7.994 moradores na faixa de 5 a 14 anos. Não há ensino acima da 4ª série; a COOTRAM está oferecendo curso supletivo de primeiro grau para 120 alunos adultos.

Mapa 3. Complexo de Manguinhos. Escolas, Associações de Moradores e Áreas de Lazer



No que concerne ao estilo de vida, os espaços de entretenimento são: uma (1) escola de samba; encontros em 'biroskas'; quatro (4) campos de futebol; um (1) museu na FIOCRUZ aberto à população e à visitação de escolares; estímulo para que se façam exercícios e caminhadas no *campus* do CSEGSF.

As principais organizações sociais são: associações de moradores; quatro (4) escolas públicas; oito (8) creches; quatro (4) escolas das associações; uma (1) casa comunitária; um (1) centro de defesa da cidadania; trinta (30) igrejas de diversas crenças e religiões.

De qualquer forma é sempre necessário considerar as questões subjacentes ao processo saúde / doença nesse espaço constituído de objetos e de ações. Entre essas, o conhecimento de que a clientela que procura os Serviços se encontra em condições de vida difíceis, na dependência de auxílio eventual de educação e de orientação adequada no plano social e de saúde. Em síntese, deve ser percebido que o atendimento precisa transcender o enfoque biologicista.

Pela importância dessa temática foi fundamental identificar as representações dos entrevistados sobre o que pode ser chamado das características / perfil das crianças e suas famílias não só pela complexidade, mas pelas relações que se estabelecem entre esses dois grupos de atores sociais e que acontecem no e a partir do 'espaço relacional' (no sentido de SANTOS, 1997) do CSEGSF, contrastando com os documentos do CSEGSF sobre a região e a comunidade adscrita. Dessa forma:

1) para o conjunto de trabalhadores fica claro a multiplicidade de 'motivos' pelos quais as crianças e suas famílias os procuram, ressaltando inclusive a falta de equidade da cobertura da atenção porque deixa de fora desta um dos grupos que vivem em extrema miséria, como o que vive no Conjunto Habitacional – (CHP2). Evidenciam também a falta de 'regulação', o imobilismo do Serviço para estabelecer estratégias de captação e / ou descentralização das ações para essas pessoas. Por outro lado, todos percebem o atendimento próprio a esse nível de atenção (mesmo que suas falas reflitam sua visão a partir do trabalho direto e não como percepção da totalidade do trabalho do CSEGSF), relacionando os problemas de saúde com as condições e estilo de vida, com as questões comportamentais e as biológicas; de igual modo, estão implícitas em seus depoimentos as várias redes que se estabelecem nessas relações:

A vinda primeira é porque estão doentes. A mãe vem buscar aqui um espaço para se cuidar ... mas também para fugir de alguma maneira ... de escapar do trabalho da casa ... da chatice do marido ... do vizinho ... da perseguição do bandido (PEDIATRA).

O grupo de distúrbios de aprendizagem ... são considerados o lixinho da família ... porque para a família vão ser crianças que não vão amparar os pais ... tem também os que falam errado (FONOAUDIÓLOGA).

Por maus tratos ... e também ... queixas simples: perebas, IRA, e as que precedem as vacinas. Difícil de você pegar uma doença daquelas de livro ... também tem os que vêm por questões mais de ordem comportamental do que biológico (PEDIATRA; ENFERMEIRA; AUXILIAR DE ENFERMAGEM; AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS).

É ... criança vem muito aqui ou para as ações ... essas ações mais coletivas, ou acompanhando pai e mãe ... para ficar brincando naquele pula-pula ... de doenças acho que é mais por respiratórias e dermatológicas (CLÍNICO GERAL).

Os que vêm não são os que mais necessitam ... tem os miseráveis do CHP2 porque são os que têm menos informação ... apesar da nossa regulação (ENFERMEIRA).

Este último depoimento contradiz a noção comum de risco dos Serviços, quase sempre associado a um processo de generalização e homogeneização da clientela, em que as diferenças individuais se diluem, como destaca CASTIEL (1993).

A análise de LUSTOSA et al. (1997) enfatiza que a situação de saúde foi identificada pelo último estudo de demanda realizado em 1992 pelos dados da Vigilância Epidemiológica do CSEGSF e pelos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM / 1996), que indicam:

a) estudos de demanda (1992) – predomínio das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e da desnutrição para as crianças e acompanhamento pré-natal e ‘problemas mentais’, para os adultos; b) SIM (jan. / out. / 96) – violência como principal causa de morte (31.1%), seguida de cardiovasculares (18.2%), endócrinas, nutricionais e metabólicas (13.0%), infecciosas e parasitárias (6.5%), AIDS (5.2%); c) entre as doenças de notificação compulsória, as diarreias ocupam o primeiro lugar (30.86%), seguida da tuberculose (19.14%), das Doenças Sexualmente Transmissíveis (10.9%), com coeficientes de AIDS em 13.9%.

Todas essas doenças, com ênfase para a desnutrição e diarreia, estão ligadas às precárias condições de saneamento básico, baixo poder aquisitivo e hábitos de higiene.

No que concerne às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) é importante acrescentar o fator climático, as baixas defesas orgânicas, mas, em especial, as condições ambientais que refletem a intensa exposição das crianças e suas famílias à grande poluição da área, que tem pouca arborização.

2) As descrições sobre as várias estruturas e dinâmicas familiares é bastante aprofundada e expressam também o conhecimento que detêm sobre essa comunidade de referência, pois destacam a própria historicidade da evolução das redes familiares, o que indiretamente reflete a rede de relações e mecanismos de ajuda existentes entre trabalhadores e comunidade. São, muitas vezes, contraditórios em suas percepções em razão da pluralidade de estruturas familiares

existentes; tal fato agrava-se pelas condições de violência estrutural, dentre as quais, a própria não cidadania e a violência doméstica, afóra as causadas especificamente pelo banditismo e tráfico de drogas e que impõem um 'pacto de silêncio' que nem sempre permite que sejam expostas de forma transparente aos trabalhadores, por parte da comunidade, todas as tensões das dinâmicas dessas famílias, ficando-se mais na constatação:

Tem todo tipo: tem só a mãe ... mãe chefe de família ... tem mãe e pai ... tem mãe com segundo marido ... mãe e pai e mais o avô. Estão mais desestruturadas que há 3, 4, ou 5 anos atrás ... existe mais alcoolismo ... mais abandono ... e avós que criam duas, três gerações. Mulheres trabalhando num regime informal ... sem carteira assinada, acompanhada de um marido desempregado. Mulheres que ainda estão muito subjugadas ... e não têm independência, mesmo quando trabalham (PEDIATRA).

Vivem uma relação difícil de troca de parceiro, de abuso sexual ... mulheres com várias crianças, vários filhos, vários homens ... mas tem as casadas ... tem as diversidades de uma para outra ... entendeu? (ENFERMEIRA; AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS; AUXILIAR ADMINISTRATIVO)

Família nucleada ... algumas pela avó, mesmo assim não deixa de ser núcleo ... Não tem crianças sozinhas ... trazidas pelo vizinho, como já tive em outros serviços ... é uma característica daqui ... tem também casal formado ... com pai participante ... que se preocupa quando a criança está doente ... que brinca e briga ... Isso os menores. Os maiores que atendo, são de pais separados, com padrasto (PEDIATRA; FONOAUDIÓLOGA).

Predominam as famílias mal-estruturadas ou desestruturadas ... permeadas pelo poder da 'boca de fumo' ... muitas são só de mulher ... outras a figura do pai é tão negativa ... que era melhor que não existisse (PEDIATRA; PSICÓLOGO; BIÓLOGO).

Eu acho que o núcleo familiar aqui é diferente, né ... o núcleo familiar aqui, ele não tem o núcleo familiar típico, né, ocidental ... aqui é um núcleo familiar das necessidades, né ... então as relações também dependem disso ... você vê aqui, por, exemplo, muitas avós-mães, muitas mães-pais (mãe e pai ao mesmo tempo) ... aqui você vê muitos irmãos-mães, irmãos-pais ... você vê crianças com dois ... três núcleos familiares dentro da mesma estrutura física, né ... e aí você vê como é agora os comportamentos: você vê as crianças adotadas pelo tráfico ... você vê as crianças adotadas pelas igrejas, principalmente aqui eu acho que principalmente as igrejas pentecostais (CLÍNICO GERAL).

VAITSMANN (1994), em estudo sobre a família pós-moderna, enfatiza que, assim como o casamento, esta sofreu a dinâmica da mudança e, longe de ter desaparecido, assumiu novas formas, tornando-se flexível, fazendo e refazendo seus limites, tendo como um dos fatores importantes nessa mudança, o resultado do questionamento da construção de gênero desenvolvida com os processos de modernização. A autora ressalta a importância de incorporar, aos estudos das

estruturas familiares, o movimento de construção de novos caminhos de interação e formas de sociabilidade – e a vida afetivo-sexual não está fora disso – ao qual ela denomina “dinâmicas familiares”.

Em sua grande maioria, as famílias das crianças de referência não conseguiram superar a submissão do feminino ao masculino, como está ressaltado em uma das falas, mas também, em suas ‘dinâmicas’ próprias, resistem e inventam seu cotidiano por meio das estratégias de sobrevivência e das várias redes de ajuda (cf. SILVA, 1990; ADESSE, 1994; VAITSMANN, 1994; FARIA, 1996). Outro ponto de relevância é a coexistência de vários núcleos familiares – *o núcleo das necessidades e as diferentes “adoções”* (CLÍNICO GERAL) – o que dá uma dimensão do contexto familiar doméstico que precisa ser entendida para pensar a questão da saúde / doença / atenção (MENENDEZ, 1993).

A família grupo-doméstico constitui uma unidade, um grupo ou uma instituição explicativa dos processos de saúde / doença / atenção, além de unidade de intermediação entre as estruturas macrosociais e os processos de saúde / doença / atenção específicos, diz SCHEPER-HUGHES (1984). Para BRONFMAN (1993) é fundamental a configuração das famílias para a manutenção da saúde, destacando em seu estudo que os resultados quanto à morbimortalidade são diferentes mesmo em condições sociais similares.

Aspecto igualmente expressivo é o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres, o que vem ocorrendo paralelamente ao crescimento da pobreza; segundo alguns autores (cf. BRUSCHINI, 1979; MONTALI, 1991), essas famílias constituem uma das configurações que encontram maior dificuldade para superar a precariedade, tendo mesmo que solicitar a todos os seus membros, inclusive as crianças, que exerçam uma modalidade de trabalho remunerado.

Sobre as condições e estilos de vida das crianças e suas famílias que são atendidas no CSEGSF, as referências mantêm a aproximação com esses sujeitos, denotando sua responsabilidade e a busca da qualidade da atenção pelo conhecimento da realidade que vivem, considerando-se o peso dos determinantes sociais no processos de saúde e de doença. Semelhante conhecimento, no entanto, não consta nos prontuários de registros dos atendimentos nem tampouco no planejamento e operacionalização das ações na direção da busca de estratégias intersetoriais que tragam maior impacto ao cuidado:

Não têm lazer ... as pessoas não têm aonde ir ... não têm como se divertir ... não têm como aproveitar o dia ... o descanso ... tem o discurso da igreja ... como se lá fosse um espaço para o lazer, para o convívio ... Eu vejo muita gente se queixar ... do problema do lixo ... da coisa da água ... que não entra todo dia ... tem que pegar lá do bicaço, em frente da Embratel ... ia lavar roupa lá também ... (PEDIATRA).

Falta de esgoto ... de saneamento ... poder aquisitivo baixo ... até poucos anos atrás o único lazer dessas crianças era vir aqui ... então nasciam e viviam ali ... e acabavam se acostumando em passar por cima do morto ... até hoje ... se caiu ou morreu alguém no rio ... junta as crianças ... as crianças ficam doidas para ver quem é que morreu ... mas hoje em dia já mudou um pouco ... tem uma quadra de esporte ... escola de samba ... mas só em algumas dessas comunidades nossas (AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS; ADMINISTRADOR; ASSISTENTE SOCIAL).

Esporadicamente pode ter um passeio de colégio ... pode ser que tenha, mas ... a atividade em família ... aqui é um dos lugares de lazer, vir para cá (CLÍNICO GERAL).

Minha clientela em grande parte é de crianças que o pai tem emprego e a firma paga o plano de saúde ... Mas mesmo assim ... eles não têm dinheiro nem de levar a criança ao Jardim Zoológico ... quando têm, de vez em quando faz um churrasquinho em casa ... coisas desse tipo ... mas é raro ... não tem assim ... 15.00 reais para pagar o futebol (FONOAUDIÓLOGA).

Esta última fala coloca a questão dos bolsões de miséria nas grandes metrópoles, como é o caso do Rio de Janeiro, mas destaca também os dois extremos – os miseráveis e os que têm plano de saúde – e suas gradações como elementos-símbolos que, entre outros, falam da heterogeneidade de um grupo social que é culturalmente tido como homogêneo – os favelados –, se for feita a articulação com as falas anteriores.

A noção de ‘territorialidade’ expressa uma análise da vida cotidiana das crianças e suas famílias e, como ressaltava LEFEBVRE (1958), essa análise envolve concepções e apreciações na escala da experiência total em geral, o que simboliza, ao mesmo tempo, uma compreensão profunda e outra imediata, constituída pela diferenciação.

SARTRE (1970), a respeito da diferenciação, acentua que cada qual não desconhece que representa objeto no campo prático do outro e contribui para que dois movimentos / grupos constituam, a partir do mesmo entorno, dois campos de ação diferente.

5.3 DIMENSÃO SINGULAR DE ESPAÇO

O CSEGSF tem história de quase 30 anos, que se iniciou com sua fundação, em outubro de 1968, como unidade docente-assistencial da Escola Nacional de Saúde

Pública (ENSP) sob o título de – ‘*Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria*’ – tendo sido considerado formalmente (desde 1990) como departamento da ENSP, quando passou a ser chamado – ‘*Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria*’.

Integra o sistema de saúde municipal do Rio de Janeiro como parte do IV Distrito Sanitário (IV DS), conhecido anteriormente como Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1), sendo co-responsável pela população da área de Manguinhos, circunvizinha à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), atualmente em torno de 35.000 pessoas, que constitui sua população adscrita ou de referência.

As principais ações de saúde desenvolvidas por seus trabalhadores em relação às crianças de referência são: (1) ações nos grupos de recepção da triagem; (2) consultas individuais – médicas (Pediatria e Homeopatia), odontológicas, de psicologia, enfermagem, nutrição e fonoaudiologia; (3) consultas coletivas nos grupos temáticos – baixa de pré-natal, incentivo e / ou opção ao aleitamento materno, desnutridos, distúrbios da aprendizagem, adolescentes; (4) procedimentos de imunização, curativo, nebulização e de enfermagem de repouso; (5) visitas domiciliares; (6) projeto escolas promotoras da saúde / saúde escolar desenvolvido na própria escola (ficando o CSEGSF na retaguarda para ações mais complexas, quando necessário), em trabalho de descentralização das ações de saúde que tem buscado a construção compartilhada da promoção da saúde das crianças nessa idade da vida, com professoras, crianças e pais; (7) análises laboratoriais – hematológicas, bioquímicas, sorologia para LUES, parasitológico de fezes, sumário de urina, teste imunológico de gravidez e pesquisa de BAAR; (8) reuniões técnicas semanais com todos os integrantes do módulo e do setor de Imunização para debates teóricos, técnicos e metodológicos para avaliação de processos.

Pertencem a esse processo de trabalho, as ações complementares e intermediárias: de vigilância, documentação e arquivo, sistema de informação geográfica e administrativas.

A grande pluralidade das ações, por si só, é expressivo indicador das potencialidades da equipe de seus trabalhadores, mas seus impactos passam despercebidos, assim como a produção de conhecimentos e o processo educacional, pelo fato de essas ações estarem comumente distribuídas em processos de trabalho mal definidos e sem avaliação.

Os dados de produção que serão comentados a seguir, comprovam que essa pluralidade e os esforços advindos do conjunto dos trabalhadores têm por objetivo a

obtenção de qualidade da atenção e de melhoria das condições de vida e saúde da comunidade de referência. O total de consultas médicas por trimestre nos últimos três anos e no primeiro trimestre de 1998 oscila entre 5.500 a 7415. As pediátricas são, em média, de 1.000 a 2.348.

Dessas atividades – *incentivo / manutenção da opção ao aleitamento materno, consultas coletiva aos adolescentes; desenvolvimento das escolas promotoras da saúde / saúde escolar e do sistema de informação geográfica* –, muitas são as ações originadas em projetos de pesquisa e que têm forte componente de ensino a partir da prática, além de existir razoável produção científica publicada de modo predominante em Anais de Congressos e pouco em revistas indexadas.

A prática de ensino para alunos externos está centrada nos estágios – em geral pouco avaliados – e na participação tanto da disciplina de práticas do ‘Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP, quanto em um módulo de APS para a Residência de Pediatria do IFF / FIOCRUZ.

No que diz respeito aos processos de formação de seus trabalhadores, entre os documentos analisados estão os relatórios da Coordenação de Ensino e Pesquisa (CEP) nos biênios 94 / 95 e 96 / 97. Quanto às liberações, estas evidenciam bem o movimento dos trabalhadores por realização de cursos em vários níveis e modalidades (incluindo os estagiários e sem predomínio de nível de escolaridade), indicando que a saída geral de trabalhadores para cursos em nível de *lato sensu* no biênio 96 / 97 mostrou um total de 264 liberações. Para curso de Mestrado foram liberados quatro (4) no primeiro biênio referido e dois (2) para o segundo. Os dados que exibem o número total de liberações para o *lato sensu* no biênio de 94 / 95 não foram contabilizados pela CEP.

Em suas explanações dos mecanismos existentes no CSEGSF para atualização, aperfeiçoamento e especialização, o grupo de entrevistados enfatizou as oportunidades e a até relativa facilidade de freqüentar cursos, classificando esses mecanismos como: (a) permanentes, em contraposição a eventuais; (b) gerais e específicos, isto é, os primeiros quando relacionados à formação em nível de Saúde Pública (Vigilância, Políticas Públicas, por exemplo) e entre os segundos estão os diretamente ligados à formação básica (técnicas de PPD e de imunização, pneumologia pediátrica, entre outros).

No entanto, há consenso entre o grupo de que, apesar de estarem diretamente relacionados aos programas / ações, os cursos realizados decorrem, em sua grande

maioria, de demandas individuais, não existindo política clara de formação. Em suas percepções, os entrevistados sinalizam para uma ambigüidade institucional que, ao mesmo tempo em que não põe obstáculo às liberações, não afere o 'ganho' nem promove a transmissão dos novos conhecimentos ao conjunto do CSEGSF, deixando de utilizar o espaço do Centro de Estudos, como corrobora o depoimento que segue:

O Centro de Estudos deveria ser um espaço para as pessoas passarem para os outros o que estão aprendendo ... e como numa integração todo mundo conhecer o trabalho um do outro e assim todos ficam sabendo o que o Posto está fazendo (VISITADORA SANITÁRIA).

Faz parte da avaliação da atual equipe de direção do CSEGSF, a importância atribuída por esta à reorientação das práticas para que se tornem geradoras de conhecimento, bem como o redirecionamento do ensino em todos os níveis para atender a programa de formação próprio desse Centro de Saúde Escola, destacando-se: a manutenção das disciplinas consolidadas e a criação de modalidades de aprendizagem que adotem, como temas básicos, a promoção da saúde e, como metodologia central, o ensino a partir do trabalho, aproveitando a experiência aí acumulada.

É importante destacar que um projeto de formação deve contemplar tanto a formação dos próprios trabalhadores quanto as modalidades de ensino já existentes, voltadas para os trabalhadores de outros Serviços / Centros de Formação que constituem a população de alunos do CSEGSF.

Como acentuam TAVARES et al. (1996), essa outra forma de pensar e organizar as práticas para a saúde aponta para o repensar acerca da produção de conhecimento e de sua transmissão na formação dos trabalhadores, em todos os níveis. Isto é, o eixo do processo de reorganização das práticas será o processo de formação continuada de seus recursos humanos.

BARBIERI et al. (1994) ressaltam que os impasses e fracassos das práticas em saúde da maioria dos Serviços não podem ser negados e / ou desconhecidos na investigação e no ensino da área de saúde. Mostram também que as significativas taxas de abandono de tratamento, complicações e mortes infantis expressam a urgência na alteração do atual paradigma que orienta a pesquisa e a docência nessa área e, em conseqüência, a assistência por campos e conhecimento e / ou disciplinas. Dessa forma, referindo-se à criança, propõem a recolocação da clínica e da prática de atendimento a partir de novo objeto – **saúde da criança** –, conceito

fundamental para orientar as práticas se tomado como sinônimo do conjunto de ações realizadas pela equipe de saúde para o enfrentamento de processos de saúde / doença que refletem as necessidades essenciais de pessoas (crianças) no campo da saúde.

A concepção de pesquisa para um serviço local de saúde expõe que a mesma deve estar voltada, de forma predominante, para as questões colocadas pela prática. Para tanto é fundamental que haja reorganização da pesquisa, de modo que a prática potencialize a atenção como grande pólo gerador. Para a equipe de coordenação do CSEGSF fica claro, no entanto, a necessidade de buscar estratégias, como a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de metodologias de investigação em serviço, assim como a ampliação da captação de pesquisadores e de financiamentos das agências de fomento.

No CSEGSF é incipiente ainda a pesquisa tanto sobre o ensino aí realizado quanto em relação às práticas, o que se reflete na pouca transparência externa e interna da existência de métodos e tecnologias diferenciados que vêm sendo desenvolvidos para o ensino e para formas de atenção. Em consequência disso, entre os trabalhadores sobressai a percepção de um trabalho 'artesanal', com pouco registro, e para a própria ENSP e a FIOCRUZ, em geral, fica pouco perceptível seu caráter de Serviço de Referência e formador de trabalhadores para o SUS, muito embora propicie oportunidades de estágios oficiais para nível médio (técnicos de Administração, Enfermagem e Laboratório) e de graduação (Nutrição, Enfermagem, Medicina), bem como por demandas individuais; além das outras modalidades de ensino já referidas.

O depoimento que segue ressalta essa singularidade do CSEGSF, que não é aproveitada. E também enfatiza que este Serviço, apesar de ter processo de avaliação relativamente contínuo, não o sistematiza e não o organiza, potencializando assim a polêmica existente na Academia sobre o caráter de cientificidade da produção de conhecimento no âmbito dos Serviços:

A gente não avalia sistematicamente mas a gente avalia, né, o trabalho. A gente faz isso aqui ... de uma forma até bastante aberta... Poucos lugares você tem condições de fazer essa avaliação, que tem o pecado de não ser sistemática e não ser organizado, né ... De outro lado tem a questão, digamos, 'semi-experimental'... você está modificando quase que continuamente a sua avaliação ... o seu conceito ... tem pessoas que fazem pesquisa aqui, dentro desse campo ... Então, há esse caráter 'semi-experimental' do nosso trabalho de investigação. Eu acho que ... é uma coisa mal compreendida (eu acho) ... pela comunidade científica, né ... Eu

acho que a gente na verdade faz uma coisa que não deveria ser questionável ... que supera o que é feito nos outros lugares ... e até na Academia ... porque além de você absorver os padrões científicos como referência, como modelo de organização do trabalho ... você ainda tem a realidade te questionando, em relação às coisas que você está formulando. Então eu acho que é nesse sentido é que eu falo que é 'semi-experimental'... porque não é uma coisa totalmente experimental mas é uma coisa que trabalha com o experimental (CLÍNICO GERAL).

5.4 SABER DAS RELAÇÕES NO CONHECIMENTO DO ESPAÇO, DAS CRIANÇAS E DE SI

Na continuidade da identificação dos saberes construídos nas relações do cotidiano com as crianças e suas famílias destacam-se:

a) Um dos pontos mais difíceis do trabalho de campo foi vê-los falar sobre seus **conceitos de criança**. Seus olhares compridos, os gestos nervosos das mãos, os pigarros, a melancolia e até certo desespero por sua impotência sinalizavam para “*aí você me pegou*” (PSICÓLOGO); ou “*tem crianças nossas que podem ser crianças*” (PSICÓLOGO), em clara associação com a percepção de que “*a maioria das crianças nem se pode pensar como crianças... porque elas são tão sofridas...*” (PEDIATRA). Falam muito das crianças do CSEGSF e de sua experiência profissional com elas ter-se iniciado mediante o trabalho nesse Serviço. O contraste maior foi a relação com um poema, mesclando sua experiência de mãe e de profissional:

Eu não sei como é ... mas eu me lembro de um poema de Vinícius que fala assim: criança é que tem aquela pele macia ... aquele hálito quente e úmido ... Eu acho isso tão bonito! (PEDIATRA).

É um sujeito ... em desenvolvimento ... em transformação ... que tem uma individualidade que é só dele ... que é importante ... com uma experiência ... que a gente aprende com eles ou relembra as coisas boas, puras e saudáveis (PEDIATRA; ENFERMEIRA; PEDIATRA).

É para mim ... aquele ser humano que tem uma estrutura de pensamento para incorporar qualquer coisa ... do poder exercitar ... a possibilidade da não responsabilidade ... de viver ... viver o seu crescimento ... a incorporação de novos conhecimentos lá da escola, de uma forma adequada (PSICÓLOGO; ASSISTENTE SOCIAL).

A minha experiência com crianças é pequena ... eu nunca pensei dessa forma de conceituar ... conceituar criança é fogo ... porque eu comecei a lidar com criança só a nível profissional ... há dois anos ... quando comecei o estágio aqui ... deixa eu pensar ... é como uma sementinha que está tentando desabrochar ... e que só vai conseguir se tiver ou derem condição para isso (NUTRICIONISTA).

Pode-se observar uma contradição na fala dos trabalhadores entrevistados pela confusão de sentimentos que vivenciam: de um lado, as crianças que os procuram, refletem condições de vida e saúde precárias, que sobressaem ainda mais se comparadas com as crianças de seu universo familiar e afetivo, deixando-os perplexos e sem saber por onde começar em virtude da carência dessas crianças; e de outro, a dificuldade que experimentam no sentido de conseguir impacto relevante nas situações de vida e saúde das crianças, em razão das limitações do setor saúde e da pouca articulação intersetorial, que não assegura ação mais efetiva nos determinantes da saúde.

O Grupo Focal de Mães evidencia a insegurança para conceituar o sujeito-criança, ao comentar sobre sua não vivência de infância:

É difícil dizer o que é uma criança ... porque a gente quase não teve infância (GR. MÃES).

Em seus depoimentos sobre saúde das crianças e as ações necessárias para seu alcance destacam-se as articulações feitas acerca desse abrangente conhecimento que as categorias empíricas apontaram.

b) Em relação à **saúde das crianças** assim se referem:

É ter minimamente ... escola ... alimentação ... a proteção das doenças ... o direito a tudo. É ter condições de pensar ... é a dignidade de ter casa ... lazer ... a roupinha bonitinha ... o brinquedinho ... é aprender as coisas e crescer ... aconchegados ... sem frio ... sem fome ... sem sede ... saúde tem que ter algo além da coisa do profissional de saúde ... tem que ter os outros ... a escola junto (PEDIATRA; ENFERMEIRA; BIÓLOGO; ASSISTENTE SOCIAL; AUXILIAR ADMINISTRATIVO).

Saúde da criança é um negócio tão grande ... tão grande ... é muito mais ... é particularmente ter acesso às coisas ... O escolar é definido porque a idade dele é estar na escola ... e que espaço é esse, que recebe essa criança ... para fazer uma coisa tão importante ... mas que recebe mal ... que não tem um instrumento para fazer ou perceber as crianças nas suas diferenças? (PEDIATRA)

O depoimento de um dos professores do Mestrado em Saúde da Criança sinaliza para uma concepção de saúde da criança que rompe as dicotomias e transcende o modelo redutor que não vê as diversidades, as diferenças, as desigualdades:

A saúde da criança é uma prática de trabalho... é uma teoria que se propõe uma prática de trabalho... que entende que eu devo... atendendo em qualquer nível, em qualquer idade... em qualquer situação... não perder a oportunidade de estar passando aqueles determinados conhecimentos que precisam para manter... ou evitar... ou promover a saúde... e que devem conter no conjunto a criança, a família... sem reduzir àquele

pedacinho em volta ali do bairro... do terceiro mundo... porque meio implica história... cultura... um monte de coisa (PROF. MSC).

c) Quanto às **ações necessárias para o alcance da saúde das crianças**, as representações dos entrevistados são bem amplas, trazendo conotações implícitas das tensões entre suas concepções, seus saberes adquiridos com aquela 'gente tão sofrida' e as possibilidades institucionais em nível macro e micro. Do contrário, como explicar a noção por eles explicitada e seus posicionamentos imobilísticos, visualizados através de prática homogênea e que não se diferencia em nada de outros Serviços que não têm a especificidade do CSEGSF, em virtude de sua inserção institucional em uma instituição de ensino e pesquisa como a ENSP / FIOCRUZ? Suas falas indicam que:

Não está só num serviço de saúde ... depende do saneamento ... de investimento na educação e no emprego ... dar palestras ... fazer grupos na comunidade ... gravar fitas para saírem nas rádios ... os profissionais têm que chegar na área da comunidade (PEDIATRA; AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS).

Ações de saúde clássicas foram pensadas dentro de uma lógica de doença ... no conceito amplo ... tem que a ver com promoção da saúde. Tem ações específicas de saúde que é para evitar doença ... que tem que ser promoção ... assistência perinatal, à gestante, prevenção dos acidentes, os atropelamentos na porta da casa, as quedas das lajes ... ampliar as ações para além das curativas ... trabalho grande com as mães e responsáveis ... com professores das escolas ... pré-requisitos para a alfabetização, para a leitura (PEDIATRA; PSICÓLOGO; ODONTÓLOGO).

A respeito dessa questão fica claro para os trabalhadores do CSEGSF e, em especial, para os médicos, não só suas dificuldades quanto a articular valores e saberes técnicos com as demandas do dia a dia em um trabalho em equipe, como também que, apesar de terem uma visão que incorpora os determinantes sociais nos processos de saúde e doença das crianças, não conseguem superar na prática esses desencontros, permanecendo a percepção de um 'despreparo':

A gente tem que lutar com essa formação interna nossa ... a gente como médico acha que pode resolver tudo ... sem a ajuda do enfermeiro, do assistente social, do psicólogo ... mas a gente sabe também que tem que ver de forma diferente ... que a gente não é o Todo Poderoso...que você não pode restringir as ações de prevenção, de promoção ... mas você não está ainda preparado ... porque no dia que a gente puder trabalhar com a promoção ... melhor ainda (CLÍNICO GERAL).

O enfoque do grupo focal de professores da ENSP retrata bem o âmago da questão em dois pontos básicos: a dificuldade de articulação entre saberes na relação trabalhador de saúde / comunidade:

Há uma grande dificuldade de superação de travas ... para uma construção compartilhada do conhecimento ... buscar estratégias que articulem o saber técnico e a sabedoria popular ... num processo legitimado que é bem diferente de legalizado via documentos (GR. PROF. ENSP)

Para trabalhadores de outros Serviços e que participaram do grupo focal, a dificuldade de pensar outras formas de atenção está no fato de, na grande maioria das vezes, as crianças já chegarem com um agravo, impossibilitando saída diferente das ações curativas.

d) Há variedade de expressões relativas a grupos de trabalhadores do setor, as quais nem sempre têm relação obrigatória com o que ocorre no cotidiano dos serviços.

Assim, por exemplo, os termos *Equipe de Saúde e Trabalho por Equipe*, apenas pressupõem um conjunto de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho. Isto porque, apesar da recomendação de ação responsável e integrada dentro da perspectiva de atuação em equipe – *a equipe de saúde* – não há, desde a formação, a clara visualização, em particular, por parte do futuro médico, da importância de um trabalho integrado e articulado – em equipe – o que significaria o entendimento da abrangência e pluralidade das complexas questões que demandam os Serviços de atendimento básico, bem como a possibilidade da integralidade da atenção.

Quando foram indagados a respeito da importância da **complementaridade das ações de saúde** e suas experiências ao exercê-las, as aproximações e contradições dos entrevistados ficam evidentes, os quais assim se expressaram nos depoimentos que seguem:

A gente não exerce, mas a gente precisa (ENFERMEIRA).

É o sentido de equipe? ... Minhas crianças ... ou a mãe traz direto ... ou o colégio ... tem muito pouca indicação médica ... eu não sei se o médico conversa mais com a mãe do que com a criança ... (FONOAUDIÓLOGA).

Um serviço como o nosso a gente tem que trabalhar todo o tempo em equipe, se não você não consegue nada (PSICÓLOGO; AUXILIAR DE ENFERMAGEM).

Não só com profissionais da saúde, educador, recreador ... mas aqui as pessoas são unidades próprias (PEDIATRA).

Existe um espaço virtual ... porque precisa que sejam rompidos algumas barreiras ... porque existem competências que são distintas e que precisam serem somadas (PSICÓLOGO).

Espaço de discutir as coisas ... é importante mas não tem tido ... se esvaziou (PEDIATRA).

e) Conforme sobressaiu ao longo das observações participantes, mesmo entre os trabalhadores que ingressaram há menos tempo no CSEGSF existe consenso de que o Serviço no CSEGSF possibilita a criação de **espaços de formação** – em contraste com suas experiências anteriores ou recentes – porque há pessoas disponíveis, abertas à sugestão e que, no dia-a-dia, acabam criando relações de referência e contra-referência intra-serviço, as quais, no geral, nem são percebidas. Fica claro, para esse conjunto, que é possível criar esses espaços mesmo existindo “*pessoas que gostam de ser donas do saber, unidades próprias*” (NUTRICIONISTA; PEDIATRA), como também evidencia-se a percepção de que isto só é possível com ‘*pessoas definidas*’ e que no âmbito do Serviço é complicado.

Esse é um saber construído a partir da prática cotidiana no CSEGSF, *locus* de trabalho e formação. Tais questões estão presentes também nas suas falas:

Eu acho que ele é real o trabalho conjunto em si ... não é fragmentação do trabalho ... é a forma de ver que é diferenciada ... são poucos os momentos em que você trabalha individualizado ... até mesmo quando ele é individualizado ele fica com uma característica de um trocar entre os colegas, os iguais, os pares ... então eu acho que aqui é uma característica para você trabalhar dentro daqueles próprios grupos de trabalho com outros grupos (CLÍNICO GERAL).

Eu acho que nós temos uma ação multidisciplinar aqui ... dentro das ações programáticas a gente tem essa ação ... elas não avançaram ainda no terreno, digamos interdisciplinar ... que precisa do salto de qualidade da idéia do trabalho por problemas de saúde ... em que o trabalho profissional entra como um componente que tem que ser articulado com os demais para cumprir seu papel (CLÍNICO GERAL).

Os depoimentos acima expressam uma reflexão aprofundada sobre a questão, enfocando pontos críticos e apontando estratégias: há concordância quanto à importância da ação articulada em equipe; da necessidade individual e coletiva de alcance das finalidades do trabalho, as quais, em suas avaliações, são distintas do CSEGSF; da relevância de prática mais abrangente e intersetorial; da pouca experiência quanto a solicitar e exercer a ação complementar; da dificuldade nas e das indicações, em especial, por parte dos médicos; do não aproveitamento do espaço existente, ainda que virtual, de modo a romper as barreiras das ‘*unidades próprias*’ das competências distintas, que precisam ser ‘*somadas*’.

Destacam-se as contradições / oposições complementares, no sentido dialético, que são comuns às sociedades-comunidades, segundo MORIN (1996), nas quais,

concomitante ao desenvolvimento de uma sociedade competitiva, com conflitos de todos os tipos, também se desenvolve uma comunidade que defende a integridade do território em caso de perigo externo.

Para reverter essa situação no sentido formal, uma vez que há internamente a troca informal *nos grupos e nos atendimentos individuais sempre que necessário*, a racionalidade sinaliza, nos planos conceitual e prático, para a necessidade de efetiva articulação inserida na ética da equipe, que se complementa para tratar as complexas questões da saúde / doença e que acontecem não somente a partir dos dados de morbi-mortalidade, mas também internalizadas nas pessoas.

Retomamos, então, duas questões:

- a primeira, da necessidade de articular os fragmentos do conhecimento para ultrapassar e ampliar a compreensão pluridimensional das questões concretas dos Serviços, uma vez que o sujeito de trabalho e de estudos é interdisciplinar, exigindo-se atuação interprofissional de rotina. Ou – no sentido de BATESON (1979) – buscar o ‘padrão que une’ no deslocamento do objeto para as relações, que devem ser a base de toda definição, já que a forma biológica é constituída de relações e não de partes, acontecendo o mesmo com nosso modo de pensar.
- a segunda, de que não há linearidade entre o saber e o fazer, visto que a prática do profissional de saúde não reflete só seus conhecimentos, mas tem abrangência social mais ampla, que diz respeito às pessoas e as suas relações.

JAPIASSU (1976) levanta esta questão ao comentar que o desafio não é tanto a reorganização de métodos de estudos e pesquisas, mas seu significado no sentido da formação profissional voltada para a presença do homem no mundo, quer dizer, em relação dialética que leve em conta o fato de que o próprio homem, enquanto sujeito coletivo das pesquisas e estudos, se modifica, alterando objetivos, de forma que sujeito e objeto se encontram unidos em feixe de relações recíprocas.

MINAYO (1992a) retoma tal discussão quando acentua que, na história da saúde e da doença, os intelectuais do setor e a população tanto são atores quanto autores e que tanto um como o outro representam a saúde como direito individual e coletivo, indicando, como desafio atual, a tentativa de encontrar a totalidade fundamental do ser humano na Teoria e na Prática.

5.5 POSSIBILIDADES DO CONTEXTO PREEXISTENTE

Por todo o analisado acerca do contexto preexistente desde a criação do CSEGSF há 30 anos, vê-se que o binômio centro de saúde escola / comunidade tem pautado suas práticas em estudos teóricos. Ao mesmo tempo em que contribuiu para diminuir a morbi-mortalidade a par de sua responsabilidade sanitária, vive atualmente dificuldades para ações efetivas que dêem conta dos novos padrões epidemiológicos agravados pela crise geral que persiste na sociedade e, em particular, no setor. Acresce a isso uma desmotivação dos próprios profissionais, em virtude das insatisfações geradas por essa mesma crise, com ênfase para as perdas salariais (Buss et al., 1998).

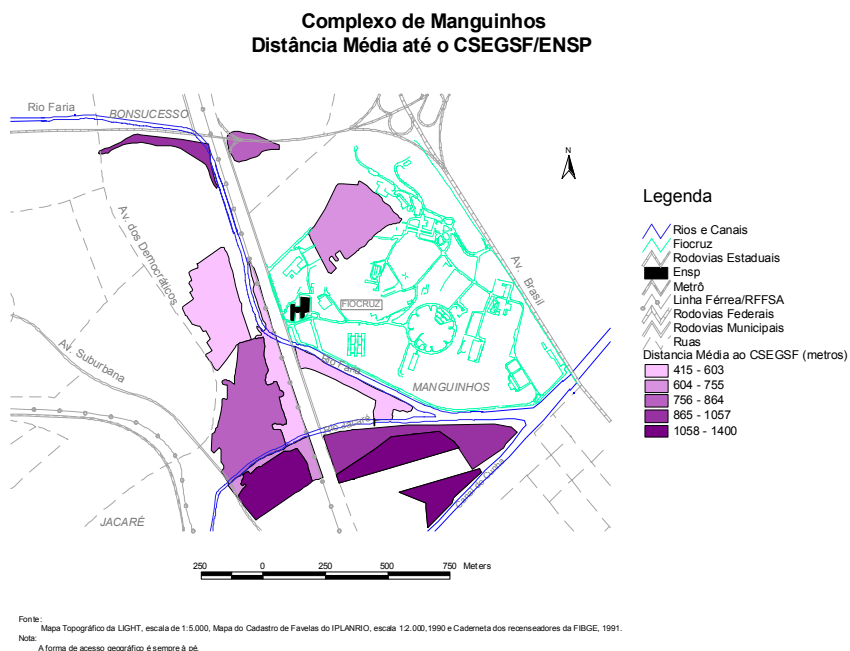
Outro aspecto que deve ser ponderado como uma de suas conseqüências é o concernente ao aumento da demanda reprimida por parte de uma população que, em razão de suas necessidades, não se permite entender e respeitar os parâmetros e limites do Serviço. Conforme explicitado pelo grupo focal de mães:

Marcação é coisa que não funciona ... é demorado ... difícil conseguir número (GR. MÃES).

O ruim é que vive faltando os remédios ... o horário não é cumprido ... e a gente às vezes não entende a organização (GR. MÃES).

Tais depoimentos expressam dificuldades de acesso não físico, mas organizativo, isto é, os obstáculos que podem estar no interior ou na entrada do serviço de saúde e que têm origem nas formas de organização das ações / recursos, apesar de não necessitarem de transporte pela pouca distância entre suas casas e o CSEGSF (400 a 1.400 metros), o que pode ser visualizado no mapa abaixo:

Mapa 4. Distância média entre as comunidades e o CSEGSF



O estudo da acessibilidade permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de 'ações de saúde' e a oferta de recursos para satisfazê-las, uma vez que acessibilidade, em perspectiva ampliada, é o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção de assistência à saúde (FEKETE, 1996). A autora enfatiza a acessibilidade como componente do processo de avaliação e aponta quatro dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Um dos depoimentos analisados expressa bem a contradição existente no grupo entrevistado e entre este e os dados dos documentos de referência sobre o caráter das mudanças: de um lado, explicitado por um dos trabalhadores a semi-experimentação / experimentação e as possibilidades de um serviço de saúde em nível de APS, ao especificar a singularidade do espaço – CSEGSF – concomitante com um não projeto, no sentido de sistematização / registro desse processo. De outro, a proposta de avaliação do processo de trabalho através do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) e a proposta atual de operacionalização da metodologia da promoção da saúde como subprojeto vinculado ao projeto da ENSP:

A gente tinha que ter um projeto ... O Centro de Saúde tem um caráter experimental ... semi-experimental ... então, acho que esse espaço existe só por isso ... e a passagem dele de um espaço virtual para um real vai se fazendo ... não é? ... e se a gente fortalece o Centro de Saúde com essa

perspectiva de ser mesmo esse espaço ... esse espaço já está dado ... e não como coisa generalizada ... aqui dentro do nosso contexto interno esse espaço está dado ... porque é aquela história ... as pessoas participam das coisas com níveis de consciências diversificados ... graus de consciência diferenciados ... se você tem pessoas para dirigirem um processo com uma consciência também clara ... não a última consciência, mas suficiente para dirigir um processo, implantá-lo, avaliá-lo, modificá-lo de acordo ... porque você tem uma função social definida para fazer aqui ... então você consegue a sustentação material ... você tem uma conjuntura que pede isso. Entendeu? (CLÍNICO GERAL).

O grupo focal de professores da ENSP indica alguns nós de estrangulamento que ocorrem, em geral, nos serviços locais, tais como a necessidade de mudança na organização técnica do trabalho de forma a dar conta das singularidades dos sujeitos da atenção, enfatizando porém a especificidade do CSEGSF como condição para sua superação, no que é coincidente com o grupo entrevistado:

Deve haver uma mudança da resolução de problemas do individual para o singular ... confluir o coletivo e o individual para o singular ... superando a retenção das individualidades do modelo clínico dominante, mesmo na Saúde Pública ... e recuperando para o coletivo as singularidades que é bem diferente de somatório de individualidades ... pois as necessidades que se apresentam exigem uma mudança do modelo de atenção nessa direção ... que pode ser conseguido, no caso do CSEGSF ... de uma compreensão de seu papel (GR. PROF. ENSP).

No entanto, essa análise deixa de mencionar a importante dupla via existente – ainda que pouco utilizada – de cooperação / retaguarda, a qual deveria ser exercida pela ENSP e pelo CSEGSF. A ENSP, que tem extensa experiência acumulada nessa temática e que forma profissionais de saúde, professores e pesquisadores através de seus cursos e produção científica, está desarticulada de seu Serviço Local, perdendo a oportunidade de enriquecer-se através das práticas / processos de trabalho. O CSEGSF, ao não realizar avaliações das tecnologias e metodologias construídas no cotidiano do processo de trabalho – em geral, não registrado e não sistematizado – como referencial de processos educacionais e de investigação continuados para seu próprio quadro de trabalhadores e para os cursos da ENSP, assim como para o SUS.

O grupo focal constituído por trabalhadores de outros serviços locais enfatizou aspecto diferente da problemática, ajudando a compor um quadro referencial expressivo para repensar o processo de trabalho:

Em geral, o enfoque central é pela oferta de serviços ou pela demanda ... mas o número de pessoas que não participa da demanda é cada vez maior e o Serviço não está sabendo lidar com essa realidade ... o que gera tensões e insatisfações entre comunidade e profissionais (GR. TRAB.).

Um dos depoimentos coloca mais uma referência de interesse para a compreensão da complexidade das questões envolvidas nessa temática:

Mas o modelo, o modelo não é uma coisa para você tentar impor ele ... o modelo é para você adaptar a uma determinada realidade, ou seja, ele tem que se articular com a realidade ... resolver ... ele tem dificuldade de resolver, né ... a nossa idéia, inclusive, aqui no Centro de Saúde, de produzir modelos ... ela tenta superar isso ... por quê? ... porque o modelo não é um modelo pronto, ele é um modelo para ser ... para trabalhar a realidade ... eu acho que isso é uma grande coisa que falta, que ainda não foi assimilada pelos modelos que são propostos ... e a assimilação disso passa a ter que compreender o modelo com flexibilidade maior e, principalmente ... assimilar esse papel dos níveis intermediários ... de quebrar essa rigidez, ajudar a quebrar essa rigidez (CLÍNICO GERAL).

No CSEGSF, apesar da pluralidade das ações desenvolvidas para as crianças, ainda há predomínio do modelo biomédico, centrado nas consultas, ainda que ações complementares (educação para a saúde, atendimento de farmácia e apoio diagnóstico) tenham sido consideravelmente incrementadas. Com toda a tradição de trabalhos no interior da comunidade houve redução desta atividade, de modo que os trabalhadores tiveram a percepção do distanciamento que houve entre Serviço e comunidade. Outro ponto ressaltado por eles é a necessidade de retomada desse processo, tendo em vista os efeitos negativos de sua ausência: aumento da demanda reprimida, das tensões entre comunidade e trabalhadores e, principalmente, da oferta de ações que podem estar descoladas das principais necessidades sentidas pela população.

Conforme já assinalado ao longo da análise que viemos realizando neste estudo, as causas dos desencontros entre projetos institucionais, atuação concreta da equipe de trabalhadores e necessidades da população são múltiplas e vão desde conformações históricas de cunho político-ideológico e cultural, que persistem nos dias atuais, até pressões advindas do mercado de trabalho, as quais envolvem políticas e organização dos Serviços e os centros de formação dos trabalhadores de saúde. Acrescente-se o peso conferido aos médicos na constituição desse modelo de atenção vigente e a existência, entre os outros profissionais, de certo nível de resistência às mudanças do modo de organização dos serviços de saúde.

CAMPOS (1994) – ao destacar o elo de determinação entre Sistemas de Saúde e o modo de produção capitalista, bem como do modo de produção dos serviços de saúde com a estrutura de desenvolvimento econômico e os mecanismos de reprodução e manutenção do poder político – chama a atenção de *gaps* teóricos

pela falta de teorias capazes de explicar políticas de saúde para além de suas determinações mais gerais:

A produção de serviços de saúde desenvolve-se a partir de atores próprios, que sempre estarão buscando articular grupos de pressão e de interesse competentes para 'adequar' as determinações gerais do modo de produção às especificidades do setor saúde e aos seus interesses de classe, categoria ou segmento social. (CAMPOS, 1994:157)

Esse autor destaca igualmente que a radical autonomia do liberal tradicional foi substituída por autonomia relativa, comum aos médicos e a outras categorias que nessa situação intermediária de menor dependência aos detentores de capital ou ao Estado se constituem como elaboradores, difusores e guardiães do projeto neoliberal para a saúde. E explica, no caso dos médicos, a manutenção dessa relativa autonomia por sua função histórica de intelectuais, articuladores de noções, ideologias, normas relativas ao corpo, à vida das cidades e às fábricas, entre outros.

5.6 (RE)INVENÇÃO DO SABER-FAZER NO CONTEXTO ATUAL

Desde maio de 1997, o CSEGSF vinculou-se ao projeto da ENSP – ‘Desenvolvimento Humano Sustentável em Nível Local da Perspectiva da Saúde’ – como subprojeto vinculado, cujo componente central é a ampla revisão de seu modelo de atenção, assim como de sua estrutura de gestão.

Em relação ao campo da atenção trata-se de articular a interdisciplinaridade, isto é, a composição dos saberes para a ação / reflexão dirigida para a transformação do contexto social, em particular, da saúde, sob as bases conceituais da metodologia da promoção da saúde (Buss et al., 1998).

No Capítulo 2 foram analisadas as bases teórico-metodológicas dos documentos chamados ‘cartas de promoção da saúde’ (BRASIL / MS / IEC / FIOCRUZ, 1996), metodologia que representa a principal base conceitual a fundamentar a proposta atual do CSEGSF de mudança de seu modelo de atenção à comunidade adscrita.

O modelo de atenção a ser desenvolvido não se restringe às práticas médicas; por conseguinte, estas devem ser concebidas como fazendo parte da atenção integral, que transcende o espaço – *Serviço* – na direção dos outros espaços do cotidiano onde vivem as pessoas, a saber, *família / domicílio, comunidade, mundo do trabalho e escola*. Tais práticas compõem, pois, um conjunto articulado com as ações de prevenção e de promoção da saúde, conforme recomendado na Carta de Otawa:

A saúde se cria, e se vive no marco da vida cotidiana; nos centros de aprendizagem, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que as pessoas se dispensam a si mesmas e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde. (CARTA DE OTAWA, 1986:17)

A definição de saúde contida na CARTA DE OTTAWA (1986) traz embutidos três conceitos básicos – *territórios / espaços favoráveis à saúde; fortalecimento / desenvolvimento das habilidades pessoais individuais e coletivas; e, por fim, intersetorialidade* – os quais, por sua vez, apontam caminhos para a compreensão / organização / operacionalização do novo modelo de atenção, fundamental para responder de forma integral às necessidades individuais e coletivas dos sujeitos que se constituem como população de referência da atenção de dado Serviço.

A atenção à saúde das crianças deve ter sempre, como eixo, o crescimento e desenvolvimento desses sujeitos, motivo pelo qual precisa ser realizada nos diversos espaços (*settings*) em que as crianças são comumente encontradas, levando-se em conta, no mínimo, as quatro relações espaciais enfatizadas pela CARTA DE OTAWA (BRASIL / MS / IEC / FIOCRUZ, 1996) – *família, escola, comunidade, serviços de saúde* –, relacionando-as às condições e ao estilo de vida que são um dos determinantes no processo saúde / doença em virtude de poderem exercer influência positiva ou negativa sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças em todas as fases da vida.

Com base nessa recomendação, três espaços colocam-se como fundamentais para serem desenhadas as ações voltadas para a promoção da saúde das crianças: a comunidade, as creches e escolas e os serviços de saúde.

A descentralização das ações de saúde na comunidade deve ter como eixo o debate e a prática para a defesa de hábitos de vida saudáveis, desenvolvida nos espaços coletivos existentes (associações de moradores, organizações religiosas, clubes, entre outros).

As creches e escolas, como centros de aprendizagem por excelência, passariam a ser visualizadas como espaços (*settings*) importantes para a promoção da saúde das pessoas que aí vivem grande parte de seu tempo: os escolares, os professores e seus auxiliares, com ênfase para os primeiros. A consecução dessa meta deverá possibilitar acesso a todas as crianças e ser mais que um conjunto de programas e

serviços, transformando-se em organismo vivo, no qual todas as partes se complementam (OMS, 1996a, b).

A idade escolar é fase crítica no desenvolvimento humano e a escola torna-se porta de entrada estratégica para a melhoria tanto da saúde dessas crianças quanto de sua auto-estima, habilidades e de comportamentos saudáveis, uma vez que se oferece como alternativa de educação e descobertas para as crianças:

Saúde escolar não é só a criança, mas do próprio ambiente escolar ... porque a criança requer o meio ambiente que é a família ... uma mãe e um pai com emprego ... é alimentação ... o escolar é parte da escola e tem que ser saudável em si e em relação ao ambiente (VISITADORA SANITÁRIA; AUXILIAR DE ENFERMAGEM; ADMINISTRADOR).

O depoimento acima mostra a compreensão da abrangência do enfoque de saúde da criança que está na escola, ressaltando a influência do ambiente escolar para o crescimento e desenvolvimento desse sujeito, ambiente que deve integrar-se à família e suas condições de vida e saúde como espaço favorável à saúde.

Um dos professores do Mestrado em Saúde da Criança chama a atenção de que o verbete saúde escolar não inclui faixa etária e, sim, os que estão na escola, e é situação que privilegia um grupo. Como evidencia sua fala:

Saúde escolar é uma situação mais que privilegiando um grupo ... porque está excluindo os fora da escola ... mas se chamar saúde do escolar ... do escolar como grupo etário ... eu incluo os que estão fora e os de dentro da escola ... todos que estão em idade escolar (PROF. MSC.).

O grupo das professoras das Escolas Públicas da área de abrangência do CSEGSF expressou sentimento de impotência frente à carência extrema de seus alunos e enfatizam a necessidade de trabalho conjunto com os demais trabalhadores, como o que vem realizando com a Fonoaudióloga:

Essas nossas crianças têm falta de tudo ... é difícil pensar saúde assim ... mas era importante a gente trabalhar a saúde com vocês do Posto ... como a gente já faz com a Fono (GR. PROF. ESCOLAS).

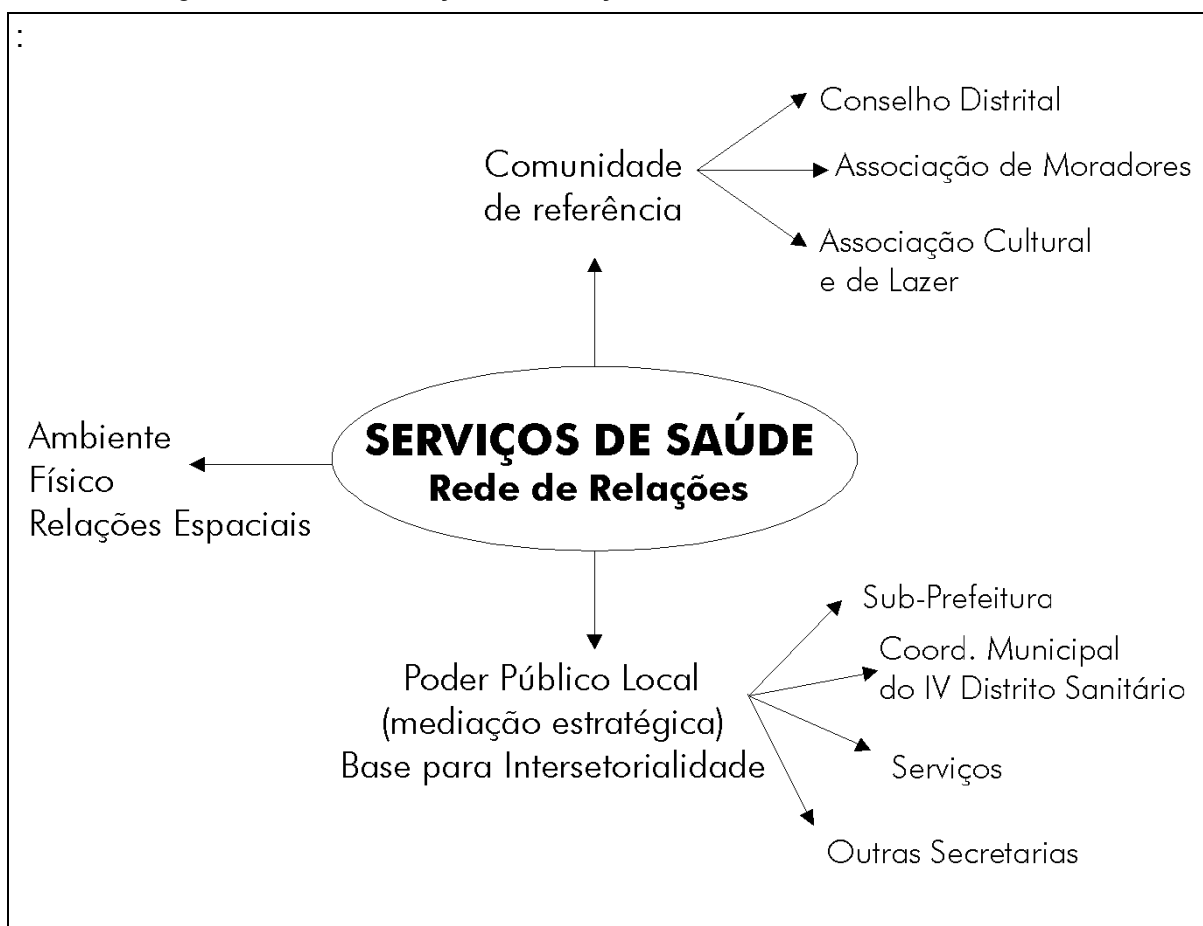
Quanto ao espaço do Serviço, a reorientação deve conter um modelo ampliado que incorpore a busca da intervenção nos determinantes – inclusive na busca de ações intersetoriais – e o fortalecimento (*empowerment*) da comunidade de referência, revertendo o modelo biomédico dominante. Contudo, em razão da amplitude do problema e de sua própria dinâmica, as estratégias para enfrentamento requerem, como ponto de partida, uma ação competente do setor saúde que inclua a busca de

articulações possíveis intersetoriais, uma vez que, de acordo com sua natureza, os principais determinantes muitas vezes não se encontram dentro do setor saúde.

Daí a importância do Serviço se colocar como parte de uma rede que inclua a relação com a comunidade de referência, o ambiente ou entorno e a mediação estratégica com o poder público local.

A seguir vê-se o **diagrama** desenvolvido para exemplificar a rede de relações do serviço de saúde fundamental para que se desenvolvam as práticas para a promoção da saúde dirigidas a determinada população adscrita a um SILOS.

Figura 2. Rede de Relações do Serviço de Saúde



Como novidade de nosso tempo, SANTOS (1997) destaca essa produção de uma totalidade não apenas concreta, mas empirizada através das redes em que estão contidos três níveis de solidariedade, cujo reverso são outros tantos níveis de contradição: o nível mundial, o do território dos estados e o local. Enfatiza igualmente que as redes são veículo de um movimento dialético que, de uma parte, opõe o território e o lugar ao Mundo e, de outra parte, confronta o lugar ao território tomado como um todo.

No que diz respeito ao lugar, SANTOS (1997) aponta para a dimensão única que assume a rede nesse âmbito pelas características advindas pela proximidade de fenômenos sociais agregados, fundados em um acontecer solidário, que é fruto da diversidade, e em um acontecer repetitivo, que não exclui a surpresa.

O enfoque de saúde da família, mais que um programa, deve transcender os espaços, permeando todas as ações para propiciar uma visão aprofundada desse complexo espaço relacional e sua ligação com a saúde das crianças tanto em nível estrutural como de suas dinâmicas.

Um Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo MS desde 1993, mediante o qual rompe a óptica clássica de medicina familiar e propõe o desenvolvimento de um trabalho de equipe com envolvimento gradativo de todo o sistema de saúde, partindo da unidade básica. Tem havido incorporação de ganhos para as comunidades que estão recebendo essa atenção diferenciada, da mesma forma que para a equipe pela possibilidade de aprendizagem na própria experiência, que sinaliza para nova direcionalidade da Graduação e da Residência Médica (BRASIL / MS, 1993).

Ainda que o Ministério da Saúde esteja investindo neste Programa, como uma de suas prioridades, a crítica que vem sendo feita, porém, destaca a não previsão de implantação e implementação desse programa para o Brasil como um todo, resguardando-se as diferenças regionais. Observe-se que há incentivo específico incorporado aos salários dos trabalhadores do PSF, sem que tenha ocorrido uma revisão consistente e responsável das bases salariais dos trabalhadores da saúde em geral por parte do Governo Federal.

Para avançar, portanto, na direção da proposta de reorientação dos Serviços, as práticas / trabalho para a promoção da saúde em APS devem ser constituídas pelo conjunto das ações dos vários trabalhadores formalmente habilitados para realizá-las, sob a forma de 'atenção / cuidados institucionalizados', e visam a atenção integral às necessidades básicas de saúde, com ações também nos determinantes e a conseqüente busca da intersectorialidade.

Toma-se o tema das práticas, de seu ensino e da produção de conhecimento voltados para a saúde da criança, no primeiro nível de atenção, por entendê-los como ferramentas essenciais na relação trabalho / teoria / prática, com capacidade de assumir papel relevante na reorganização dos modelos de atenção e com possibilidade de ampliar os objetivos da formação para além da informação técnico-

científica, uma vez que podem (re)orientar os conteúdos curriculares para problemas relevantes tanto social quanto no que se refere à Epidemiologia.

De modo a melhor explicitar e sintetizar o analisado até aqui como substrato do projeto de formação continuada foi desenvolvido o conceito de práticas / trabalho para a promoção da saúde dentro de quatro lógicas:

- A primeira, distingue a **prática-tarefa** – burocratizada, imitativa e individual – da **prática-reflexiva** – coletiva, produtora de conhecimento e, portanto, criadora (com base em VÁZQUEZ, 1968).

Para tal impõe-se rever os mecanismos de desempenho / competência, expressos de forma impessoal e segundo o pensamento mecanicista, o que acarreta, na maioria das vezes, uma homogeneização no que concerne ao paciente – ‘os favelados’, ‘o brasileiro’ –, os quais são diluídos em um conjunto de iguais. Além disso, é preciso enfatizar a importância de organizar registros completos como elementos essenciais e identificadores dos processos de produção de conhecimentos, imanentes às práticas.

- A segunda, aponta para a necessidade de haver a **compreensão** como elemento catalizador, uma vez que não há relação linear entre o saber e o fazer, mesmo que a **prática seja igual ao saber-fazer** (TAVARES, 1990).

Evitar, pois, a redução aos processos biológicos, incorporando tanto as dimensões ambientais, psicossociais e políticas da saúde quanto a busca de parcerias intersetoriais, visualizando esse nível específico de atendimento como o lugar próprio para desenvolvimento de estratégias que dêem conta das necessidades básicas de saúde que não estão contidas apenas na dimensão das doenças, motivo pelo qual, preferimos chamá-los *problemas de saúde*.

- A terceira, a que orienta essa prática não a uma **Sociedade em Geral**, como usualmente ocorre desde sua formação, mas para uma **Sociedade Específica**, localizada no TEMPO e no ESPAÇO, na sua história, cultura, organização social e relações de poder. A partir desses elementos e em contraste com as práticas alternativas e populares é que sua atividade adquire significado e se insere em determinada organização dos serviços de atendimento (TAVARES, 1990).

Isto significa transcender a ruptura existente entre o que é tecno-científico e o que existe nas relações interpessoais, propiciando o fim da interdição dos diferentes sujeitos desse processo de modo a estabelecer um diálogo crítico nas

relações que aí se estabelecem, assumindo, então, ao invés de assistência, a denominação de *'atenção / cuidados institucionalizados de saúde'*.

- A quarta, diz respeito a repensar a prática como o conjunto de **ações interprofissionais** e as relações entre os diversos profissionais que a realizam a partir da criação de um espaço concreto no interior dos Serviços para atender às demandas de um sujeito – *a criança e sua saúde* –, que é interdisciplinar por si mesmo. Quer dizer, uma atenção à saúde integral no sentido do cuidado totalizador, ao invés da fragmentação e / ou soma de ações especializadas.

O modelo de atenção cuja operação seja assim configurada contará com equipe que expressará a prática interprofissional em processo coletivo de trabalho, composto e compartilhado pelas áreas técnicas específicas, e com espaço concreto para reflexão conjunta das ações desenvolvidas, ou seja, cada área realiza o trabalho de acordo com sua especificidade (*competência profissional*), de forma complementar e independente, mas referida ao todo, estando previsto tempo e espaço para as discussões das interfaces e da harmonia dessas ações (*competência interprofissional*). Isto também significa que, dependendo da natureza do processo de trabalho demandado, cada profissional terá maior ou menor participação, com práticas específicas ou diferenciadas.

Essa complementaridade aplica-se às relações entre todos os membros da equipe de saúde: porteiro, odontólogo, médico, auxiliar de enfermagem, técnico de laboratório, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, biólogo, farmacêutico, entre outros. Assim, o conceito de *complementaridade* substitui o de *serviço auxiliar* ou *paramédico*, devendo o valor de cada ação profissional estar respaldada pela *competência*, não só multi, mas *interprofissional*, o que repercutirá na qualidade da atenção e no seu caráter resolutivo.

Em síntese, os conceitos básicos da proposta são:

- *Equipe Interprofissional*

Caracterizada pela multiprofissionalidade, isto é, por tornar efetivo o conceito de equipe, que em geral é abstrato, nos Serviços de Saúde, deixando-se de ser paramédicos e / ou auxiliares para o alcance da integralidade mediante a complementaridade das ações voltadas para o sujeito – *criança e sua saúde* –, interdisciplinar por si mesma. Assim, os profissionais envolvidos participariam das várias etapas em seus papéis específicos (Competência Profissional), constituindo

um grupo interprofissional à medida que interagem nas trocas das experiências vividas, ampliam sua competência ao incorporar novos conhecimentos, assim como produzem novo saber, o da prática, ao refletir e sistematizar essa prática (Competência Interprofissional).

- *Ação Intersetorial*

Identificação participativa quanto à criação de espaço para discussão e atenção a questões que envolvem a saúde das crianças por parte dos trabalhadores de saúde, professores e outros setores, incluindo a mediação estratégica com o poder público local. Sabe-se da importância de ações dessa natureza no enfrentamento da rede de causalidades e determinantes dos problemas de saúde, processo central na concepção da promoção da saúde.

- *Descentralização das Ações de Saúde*

a descentralização assume papel relevante em virtude de propiciar a articulação das ações biológico-curativas com as de proteção e promoção. Assim, descentralizar todas as ações possíveis para as escolas, associações de moradores e outros espaços coletivos da comunidade de referência (como, por exemplo, imunização, vigilância nutricional, grupos temáticos e desenvolvimento de hortas) sob a supervisão dos trabalhadores de saúde, ficando o Serviço na retaguarda para casos que apresentem desdobramentos e necessitem acompanhamento (desnutrição grave, esquistossomose, violência doméstica, exames laboratoriais, entre outros).

Em geral, porém, os serviços de saúde carecem de projeto de saúde ajustado às necessidades manifestas por seus usuários, bem como de projeto educacional que dê conta da produção de conhecimento (do e para o) profissional, isto é, produção de prática teórica no sentido assinalado por MARX (1979). Dessa forma, as ações são transformadas em rotinas por meio de um processo invisível de simplificação, propiciando, muitas vezes, que fiquem diluídos tanto a alienação quanto o conhecimento aí produzidos.

Como decorrência do exposto é que se destaca a imperiosa necessidade de construção de um projeto educacional no cotidiano dos Serviços que organize o saber educacional do trabalho.

6. O TRABALHADOR DE SAÚDE COMO CONSTRUTOR DO SABER³

A imagem do horizonte transcende e ao mesmo tempo consubstancia de significação todo passo específico do caminhante.

(PAULO NOSELLA)

Em tal processo de análise, a articulação entre as categorias empíricas e as teóricas tem possibilitado responder às questões da pesquisa concernente ao pressuposto de que existe a produção de um saber emergente do cotidiano do trabalho para a promoção da saúde das crianças, da mesma maneira que este é importante tanto teórica quanto metodologicamente para a investigação e a reorientação do ensino e da atenção nesse campo do conhecimento. Por sua vez, a produção de saber vai construindo uma identidade de existência / resistência nos trabalhadores de saúde que lidam com a problemática saúde / doença / criança.

Aspecto instigante e desafiador, porém, é o 'como' isso ocorre e qual método concorreria para a apreensão desses saberes e que, por conseqüência, iria ao encontro das necessidades de formação dos trabalhadores de saúde que lidam com essa problemática no cotidiano dos serviços de saúde.

As evidências também vêm apontando para dois pontos fundamentais: a 'obrigação' de cada um quanto a dar continuidade à formação inicial e a certeza, por parte dos que executam as práticas / trabalho, de que há relação entre os saberes, a qual permanece, no entanto, especulativa.

Esses pontos expressam o desencontro entre as instituições formadoras e os espaços das práticas. Em geral, a 'Academia' teoriza um modelo, como se trabalhasse um conhecimento de cunho não 'profissionalizante', de forma 'desinteressada', de modo que a prática, ao encontrar em sua configuração outra realidade, não consegue dar formato novo e / ou acrescentasse novo saber a essa configuração.

³ Título inspirado em KRAMER, S. (1994), *Formação do Professor como Leitor e Construtor do Saber*.

Desse modo, há um 'vazio' na área da relação entre trabalho e educação criado por situações de trabalho e aprendizagem não fundamentadas, expresso na não sistematização e não organização das experiências do profissional na produção de seu trabalho. Assim, sobressaem nos estágios e / ou treinamentos em serviço a não consideração do saber da produção do trabalho na formação de pessoas.

KRAMER (1994), em sua crítica à contradição existente entre a busca do conferir cientificidade à prática pedagógica e sua freqüente reafirmação como prática social e como espaço produtor do saber, questiona acerca da situação da educação no campo do saber: De qual saber falamos na escola? Só do científico?

O saber em sentido mais amplo, conforme enfatiza JAPIASSU (1981b), conforma-se como um conjunto de conhecimentos adquiridos de forma metódica, sistematizados e suscetíveis de veiculação / transmissão por meio de um processo de educação qualquer. Esse autor ressalta a distinção entre o saber especulativo (opinativo, religioso ou estético) e o não especulativo (científico), assim como a oposição entre senso-comum-opinião e ciência-razão-episteme, que geram o problema central da epistemologia, a relação entre sujeito e objeto.

Para FOUCAULT (1986), em cada saber, científico ou não, são estabelecidos diferentes procedimentos para legitimação dos discursos, estando a política geral de verdade sempre associada a certa forma de poder.

As epistemologias tradicionais dicotomizam a relação sujeito / objeto de forma objetivista, racionalista ou idealista, contrapondo indivíduo e sociedade, consciência e ação, teoria e prática. Vencer esse dualismo, como diz KRAMER (1994) significa considerar que a tensão entre sujeito e objeto é construída, que nessa tensão o sujeito não observa, não se interroga, e que também significa entender a ciência como continuidade de rupturas. Nessa perspectiva, o conceito de objetividade nas ciências humanas é entendido como processo para conhecer a realidade, como certa forma de aproximação do real.

VYGOSTKY (1987a) afirma que é essencial a assimilação da experiência social e histórica para haver aprendizagem e estabelece a mediatização através dos signos como definidora da reestruturação da atividade psíquica, quebrando a falsa dependência entre experiência e consciência. Destaca que a atividade estabelece as conexões do sujeito com o mundo e que isto remete ao trabalho, atividade que é subordinada aos nexos sociais e aos naturais como determinantes do psiquismo.

Nesse sentido, alguns autores entendem que a educação não é ciência, mas prática social produtora de um saber – o *saber educacional* –, a qual não exclui as dimensões ética e estética do saber apesar de utilizar bases conceituais da produção das ciências humanas e sociais. Prática que está sempre subjacente a uma visão de mundo ideológica ou utópica (cf. LOWY, 1985; KRAMER, 1994; RAMOS BARBIERI, 1995).

Em sua análise, MALGLAIVE (1995) supera os obstáculos que são colocados nas relações entre trabalho e educação ao partir do princípio de que não é só um, mas vários saberes que regem a ação. Propõe a seguinte tipologia dos saberes para dar conta do entendimento dos diversos momentos encontrados nas ações desenvolvidas pelos sujeitos: *Saberes Teóricos*, que permitem conhecer o objeto e suas modalidades de transformação; *Saberes Processuais*, que dizem respeito aos modos de fazer, isto é, às modalidades, organização e funcionamento dos procedimentos; *Saberes Práticos*, que estão diretamente ligados à ação e ao seu desenvolvimento, produzindo conhecimento contingente, mas eficaz, após a operacionalização do ato; e, por fim, *Saberes-Fazer*, que são relativos à manifestação dos atos humanos, motores na ação material e intelectuais na ação simbólica.

O autor denomina saber em uso o conjunto desses saberes e explica que, para ser o que é, este deve necessariamente implicar-se na ação, na qual atua como operador de gênero especial, visto que tanto pode deixar intacto como transformar, por degradação ou retificação, o binômio *saber teórico / saber processual* em outro binômio, que lhe é isomorfo, o do *saber prático / saber-fazer*.

A alquimia da passagem à prática ocorre quer na primeira transformação, a do *investimento*, quer na Segunda, a da *formalização*, uma vez que os saberes práticos e os saberes-fazer podem exprimir-se em discurso e os saberes teóricos e os processuais impõem a formalização de seus enunciados. O autor ressalva que a mobilização deste processo é fundamental nas atuais situações de trabalho em que cada profissional deve poder dizer ao outro o quê, como e porquê faz.

Em continuação desse sistema explicativo, MALGLAIVE (1995) acrescenta que os saberes possuem *qualidades e modos de expressão* que podem ser ordenados em uma escala, a qual conforma um *continuum* em que os pólos do saber em uso tornam-se constitutivos da totalidade estruturada de maneira dinâmica, em cujos

reagrupamentos são construídas as diferentes formas lógico-discursivas que os saberes podem tomar.

Como *qualidades* do saber, esse autor propõe quatro referências de como pode se apresentar o saber relativo a mesmo objeto, mesma situação e a mesmo fenômeno. São elas: (a) o *saber científico*, do domínio do saber teórico e cuja cientificidade é fornecida pela verificação experimental; (b) o *saber racional*, fundado na razão ou sobre as operações formais do pensamento, no sentido 'piagetiano' do termo, e que se distingue do primeiro por seus princípios explicativos, os quais, não conduzindo a leis dedutivas, não permitem predizer fatos não observados; (c) o *saber pragmático*, construído totalmente na ação, dependente dos procedimentos e dos modelos empíricos dos objetos aos quais dizem respeito; e (d) o *saber mágico*, fundado na ação, ativando as relações de causalidade exteriores ao seu objeto.

Já as *modalidades de expressão*, estão definidas nos seguintes pontos de referência: (a) o *modo conceitual*, que corresponde à expressão do saber em linguagem estruturada, totalmente adequada aos significados que representa; (b) o *modo retórico*, que diz respeito à formalização de um domínio específico que pode usar seus próprios códigos; (c) o *modo figural*, que utiliza a linguagem da imagem, do símbolo ou da representação; (d) o *modo operatório*, que é a expressão do saber pela ação, no sentido 'piagetiano' da inteligência sensório-motora ou da inteligência em ato.

Na área da saúde – afora as recomendações da OPS sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) e alguns trabalhos na área médica (analisados no Capítulo 2) – poucas são as referências a esse campo do conhecimento a partir do enfoque do processo de trabalho como produtor de saber que ressaltem o desenvolvimento de metodologias para sua operacionalização, na direção da apreensão / avaliação de semelhante produção e que permitam iluminar as indagações concernentes ao tema.

Em decorrência disso, buscou-se categorias teóricas da produção do campo da educação, destacando-se, entre elas, o *construtivismo*, na concepção de alguns autores (cf. PIAGET, ; VIGOTSKY, 1984, 1987A; FREIRE, 1971, 1992, 1997) e o *saber em uso* (MALGLAIVE, 1995) para compor o quadro referencial de colocação do problema de modo a, no processo de análise, contrastá-las com as categorias empíricas extraídas das falas dos vários entrevistados – *em situação individual ou*

nos grupos focais – e das observações participantes das entrevistas de pesquisa, conforme explicitado no Capítulo 3.

Nossa tese é a de que a formação continuada é a metodologia que (re)compõe os nexos dos signos do – “*saber da trajetória de vida*” (PSICÓLOGO) – nome atribuído ao saber do cotidiano no sentido do saber em uso que precede à ação – “*é você perceber o saber da experiência antes de aparecer o problema*” (ENFERMEIRA). Como esse saber não pode ser definido por um curso e / ou disciplina, deve perpassar as ações de formação, articulando o currículo manifesto e o latente (no sentido de BLOOM, 1976).

Outro aspecto que se quer ressaltar consiste em as práticas de saúde não serem ciência e sim prática social só objetivada através da construção do saber aí produzido.

Não é a preocupação desse estudo, no entanto, assumir a polêmica existente entre as várias concepções que codificam os processos educacionais após a formação inicial, nem adotar um conceito único e / ou definição apenas didática da diferença conceitual dos processos de formação continuada, mas, sim, contribuir para o debate, no sentido de sinalizar para um ‘processo continuado de formação’ que ultrapasse as falsas questões aí inscritas.

Torna-se importante enfatizar que, dada a temporalidade dos conceitos na compreensão das discontinuidades da ciência e da existência de regiões de cientificidade (cf. FOUCAULT, 1995; BACHELARD, 1996; CANGUILHEM, 1990), a designação *formação continuada* desenvolvida neste estudo é construção compartilhada com diversos autores (cf. DEMAILLY, 1922; NÓVOA, 1992; PERRENOUD, 1993; CASTORIADIS, 1995).

O objetivo deste trabalho foi o de configurar um projeto educacional que sistematize o conhecimento produzido na prática pela equipe de saúde, em trabalho reflexivo capaz de propiciar a aproximação e a interação interprofissional, além de promover a atenção integral ao sujeito – neste caso, o *sujeito-criança* –, que é interdisciplinar por si mesmo.

Para tanto, conceitua-se o projeto de formação continuada como processo em sentido mais amplo no que se refere ao tempo, ao espaço, à direcionalidade e à metodologia. Por conseguinte, tal formação teria início antes de o profissional ingressar na escola, tendo significado de internalização de vivências e sendo

seguido da construção e articulação dos conceitos à prática, bem como da prática aos conceitos que norteiam a vida e o mundo do trabalho do indivíduo.

As principais categorias empíricas resultantes do tratamento dos dados serão apresentadas a seguir:

6.1 SABER DA ‘SABEDORIA’

Nas expressões dos trabalhadores explicita-se a existência de saberes construídos no cotidiano de suas práticas, os quais os acompanham na trajetória de vida, compondo sua personalidade com valores e visão de mundo próprios, da mesma forma que nas relações que estabelecem direta e / ou indiretamente com as crianças de referência através das mães / pais ou familiares. Em suas falas e na observação participante mostrou-se marcante o peso que conferem a sua responsabilidade na construção desses saberes, que os instigam à criatividade e colocam-lhes a relevância de aprendizado a “*cada menor experiência*” (E.VS):

Experiência, cada vez mais experiência ... que me levou a bolar e a criar ... é ... eu trabalho junto com a experiência e a técnica ... o saber emocional ... eu acho que tudo é um conjunto ... um bom senso compondo a personalidade a cada dia ... a cada menor experiência se está aprendendo mais coisas ... na trajetória do dia a dia, eu construo um saber ... construo uma parte do conhecimento (FONOAUDIÓLOGA; VISITADORA SANITÁRIA; ENFERMEIRA; AGENTE DE SAÚDE).

Eu acho que promove, né ... promove, sim ... um saber ... mas acho que não promove como talvez o ordenado, né ... que às vezes não se consegue parar para refletir sobre isso, né ... mas quando você se dá conta ... você percebe na sua prática ... e lá mais adiante você vê: ‘Pô, eu tô pensando assim’, ‘Eu não falava assim’, ‘Eu não agia assim em algum lugar do passado’ ... Também isso vai mudando ... é só ver como é que eu era quando eu entrei aqui e como é que eu estou ... claro, mudou a tua vida? Mudou. Você envelheceu, você amadureceu. Mas você envelheceu e amadureceu também profissionalmente. E acho que isso não é gratuito ... você aprendeu no dia a dia (CLÍNICO GERAL).

Sobressaem também, em suas constatações, a importância da prática reflexiva, a ausência de registro e sua relevância para a organização e sistematização desse ‘*saber da sabedoria*’ que pauta suas travessias, adquirido no seu saber-fazer, bem como a necessidade de construção de um método que possibilite avaliar a conduta e transformar a reflexão em ação. Dentre as falas destacam-se:

O saber da sabedoria é um conjunto ... igual ao formal que eu aprendi ... é aquele aprendizado que você tem ... tanto no nível teórico, quanto ao nível de trabalho ... nos congressos ... no dia a dia do atendimento ... na reunião de grupos ... a intuição ... que eu aprendo ... tanto com os profissionais de

forma geral do serviço, das experiências que eles têm ... o que foi acumulado pela experiência ... e que tem uma explicação prática ... o que incorpora cultura ... a observação das pessoas ... o da população ... os instrumentos do saber da vida ... e os meus conhecimentos (PEDIATRA; ODONTÓLOGO; BIÓLOGO; ENFERMEIRA).

Eu acho que sim ... há construção de um saber ... porque essa prática é uma parte mais reflexiva ... só que essa reflexão não é registrada ... a gente não sabe como transformar essa reflexão em ação ... e isso passa pelo registro ... pela conduta (PEDIATRA).

Outro aspecto relevante é que não há dualismos e sim acréscimos nas diversas oportunidades educacionais vivenciadas, colocando igualdade de valor tanto em nível teórico quanto em nível de trabalho nos congressos, no dia-a-dia do atendimento e na reunião de grupos valendo-se da intuição, das experiências de profissionais de forma geral do serviço, da acumulação de experiência que tem explicação prática, da incorporação da cultura, da observação das pessoas, do saber popular da comunidade de referência, dos instrumentos do saber da vida e dos próprios conhecimentos.

Conforme indaga KRAMER (1994): a ciência dá conta de captar todas as dimensões do fazer educativo? E indica, fundamentada nos estudos de alguns autores (cf. BENJAMIN, 1986, 1987a; BAKHTIN, 1988a; VYGOTSKY, 1987b; PASOLINI, 1990; SOUZA / BETINHO, 1991), outras formas de olhar a educação que levem em conta as dimensões ética e estética da vida e do saber e para as quais a imaginação e a linguagem são elementos centrais: a linguagem porque regula a atividade psíquica e a imaginação criadora por atravessar toda a vida social e pessoal.

Torna-se fundamental, então, conhecer as representações originadas da reflexão sobre a importância que tem esse conjunto de instrumentos do saber da vida para a obtenção de seus objetivos e também a respeito da validade de um projeto institucional que propicie a superação das necessidades sentidas:

O saber da tua vida mais ampla é a intuição ... do ouvir da prática ... a importância do bom senso ... porque senão a gente não consegue nada (PEDIATRA; PSICÓLOGO; AUXILIAR DE REGISTRO MÉDICO).

Trabalho a nível institucional ... que tem que partir da instituição ... pra sempre estar havendo reciclagem...pra todo mundo ... a equipe e / ou o individual crescer numa determinada direção ... mas eu acho que a gente aqui nesse espaço mais adstrito ao CSE ... ao serviço ... isso não pode ter um caminho só cientificamente ligado à área de interesse da pessoa ... tem que ter uma geral ... tem que promover uma discussão sobre esse país ... sobre essa instituição ... (PEDIATRA; PSICÓLOGO; VISITADORA SANITÁRIA).

6.2 CONSTRUÇÃO DO PROCESSO EDUCACIONAL / NECESSIDADES FORMATIVAS

Ligada à problemática dos trabalhadores é a relevância que assume a ausência do controle de qualidade da formação nas faculdades e escolas, assim como das práticas, por parte das instituições de Serviços, dos diferentes profissionais.

Atualmente existem duas propostas de avaliação do ensino médico: a) uma, por parte do MEC, que propõe a realização de prova escrita para os recém-graduados, o que contemplaria o exame profissional previsto para a carreira médica, contudo, não satisfaz a corporação, que enfatiza a insuficiência dessa modalidade de avaliação para curso tão complexo; a outra, da CINAEM (Comissão Interinstitucional da Avaliação do Ensino Médico), que busca manter o controle da formação médica e, de modo concomitante, avaliar e credenciar os novos profissionais que se graduam nas 81 Escolas Médicas do país. Essa proposta, no entanto, não teve ainda pleno desenvolvimento porque é de adesão voluntária, envolve duas fortes corporações – *médicos e docentes universitários* – e impõe o rompimento dos princípios que as fundamentam (MACHADO et al., 1997).

Destaca-se, neste contexto, a dicotomia entre necessidades de saúde / formação dos diversos profissionais do setor, no geral constituídos por tendências curriculares importadas, na maioria das vezes de maneira a-crítica. Esta inadequação da formação salienta-se nas práticas, quando esses profissionais se deparam com um perfil de morbi-mortalidade contraditório, caracterizado por doenças relacionadas com o progresso ao lado de doenças ditas do Terceiro Mundo ou do atraso e da miséria, a maioria evitáveis e / ou imunopreveníveis, porém predominantes na população infantil.

Persiste ainda o modelo médico-assistencial complexo e especializado, o que possibilita desequilíbrio entre a existência de profissionais voltados para esse modelo e os novos profissionais a serem formados, tendo em vista as questões que se apresentam na atenção primária e as perspectivas para seu enfrentamento; o que é agravado, em muitos casos, pela falta de visão da saúde / doença como expressões dos processos sociais na coletividade.

Quanto à formação médico-pediátrica, estudos (cf. TAVARES, 1990; ROCHA, 1992; ZEITEL, 1992; FONSECA, 1994) apontam as dificuldades dos currículos das escolas de incorporarem, de modo efetivo, as questões que tratam da APS, do sujeito-criança,

da relação médico-criança-mãe e das repercussões das influências do ambiente sobre esse sujeito, enfatizando os desvios do processo de formação geral de médicos ao privilegiar a tecnologia e, por isso, o cuidado hospitalar e a doença, que no Brasil é prioritário, em detrimento da atenção integral à promoção da saúde.

Os trabalhadores consultados para esta pesquisa, ao se expressarem sobre a distinção entre os dois cuidados, destacaram a importância que assumem as duas modalidades de atendimento e a exigência de articulação entre elas para a integralidade da atenção, enfatizando, porém, que o cuidado hospitalar não deve ser anteposto ao cuidado primário de saúde, apontando a necessidade de desenvolvimento de estratégias que dêem conta da problemática, em específico, para a comunidade de referência do CSEGSF.

Quando você presta atenção primária, você não deve só estar pensando em recuperar a criança que está doente ... mas tentar evitar que ela adoença ou que complique ... porque se você faz isso você diminui as altas taxas de internação de crianças ... eu acho que existe uma coisa que agente faz pouco, né ... e que é muito importante para mim aqui nesta área ... a criança às vezes deixa de ser criança muito cedo ... ela acaba entrando num ritmo que às vezes ela não tem chance de ser criança, né ... eu creio que nós não podemos deixar de passar e tampar os olhos para coisa da violência, mas a violência em todos os sentidos ... elas ficam submetidas a uma falta diferente do próprio mundo, do próprio ambiente ... falar de pobreza, miséria ... todo mundo fala, mas eu acho que aqui especificamente, eu acho que a gente tem que pensar na questão da violência. ... mas violência não é só o tráfico organizado não ... é violência doméstica, é violência da falta de alimento, é a violência da falta de perspectiva, aliás da falta de futuro (CLÍNICO GERAL).

Eu vejo a APS não como um nível de atendimento ... mas ações para saúde individual ou preventiva...básicas ... de preferência para as duas ... mas deve ter acesso a um outro nível de atendimento (VISITADORA SANITÁRIA; AUXILIAR DE REGISTROS MÉDICOS).

A natureza da atenção é diferente e as duas são necessárias. Mas pela formação médica e de outros profissionais está mais explicitado o Hospital (PEDIATRA).

Para o grupo focal de professores da ENSP, nessa discussão falta o repensar sobre a prática como processo de envolvimento das pessoas em inter-relação que possibilite a permanente troca e envolvimento com o trabalho:

Essa discussão, como está sendo feita, sobre níveis do cuidado ... não deixa claro o papel da prática ... não contempla um repensar essa prática de modo a que possibilite disseminação de idéias, de conhecimentos ... um saber 'operacionalizável' ... uma relação intersubjetiva ... que requer ... um processo permanente de 'reciclagem' ... um ambiente de envolvimento das pessoas com seu trabalho ... cuja tônica central no momento é promover o auto-cuidado (GR. PROF. ENSP).

A falta de informação sobre o Serviço faz com que ainda se manifeste o distanciamento da ENSP no que se refere à formação em serviço que está ocorrendo na prática cotidiana do CSEGSF. Apesar de o diagnóstico constituir avaliação verdadeira, esta não se faz acompanhar de constatações e comprovações de situações e momento / nuances do Serviço.

As mães que fizeram parte do grupo focal também percebem diferenças nas gradações de níveis de atendimento e, em seus depoimentos, ressaltam:

A gente já sabe que quando a gente precisa de emergência e outros atendimentos ... como médico de vista ... tem que procurar outro serviço ... mas o que faz falta aqui é ter mais médico e mais trabalho na nossa área (GR. MÃES).

Para os trabalhadores de outros Serviços, a APS, da maneira como está organizada, não dá conta da população de comunidades carentes:

É muito tenso esse negócio da demanda reprimida ... por outro lado, a gente sabe que só a consulta não resolve ... mas não tem espaço no Serviço para essa discussão (GR. TRAB.).

A distinção entre níveis de atenção, para os professores do Mestrado em Saúde da Criança, é conceito que engloba cortes, o que significa uma divisão a requerer decisão política em nível de Saúde Pública e decisão política e técnica do indivíduo, ao passo que saúde da criança engloba todos os níveis, porque é o espaço que vai resgatar, manter e salvar, enfatizando-se ainda que, nesse sentido, até a morte é saúde da criança:

APS é tudo aquilo que eu faço, usando ou não tecnologia sofisticada para resolver o problema ... então esse deve ser o primeiro olhar sobre APS ... é o entrar no serviço: ambulatório de Posto, de Hospital, na Sala de Parto ... quer dizer ... tudo onde há primeiro lugar da atenção ... o outro ... é: a APS vai ter variações dependendo de onde eu estou ... se num consultório com condições de fazer a otoscopia ampliada com microscópio e não com microscópio comum ... isso prá mim é APS ... é o que eu não mando prá frente ... eu atendo e resolvo ... agora, APS, olhando pro nível da especialidade ... tudo o que eu puder resolver a nível do geral, do primário ... então eu estou diminuindo o secundário especializado? ... então o outro modo de olhar a atenção é: o que é especialidade é secundário? ... mas então o que é especializado ... é ter ultra-som? ... na Inglaterra em 78-79 tinha o computadorizado, se fazia a tomografia era a nível da APS ... então ... ou você olha pela decisão política, o cut of point ... ou pelas medidas da semiotécnica armada ou não ... mas todas as vezes que discutir pelo sujeito saúde da criança, por exemplo, deve ser a estratégia de priorizar o dominante que é a saúde da criança e ... priorizar quem precisa mais (PROF. MSC).

Contrariamente ao que acontece durante as próprias graduações / formações, o grupo de trabalhadores expressa mediante grande pluralidade sua construção do conceito de formação continuada e, em conseqüência, suas necessidades de formação, sobressaindo na categoria “*construção do processo educacional*” (NUTRICIONISTA) como a que mais sintetiza a vontade de legitimar um saber aprendido e apreendido nas várias interações que estabelecem (como já foi demonstrado):

Então eu vejo educação ... educação continuada ... da construção mesmo, do processo educacional ... da construção de construir o processo educacional junto com as pessoas ou ... direcionada prá aquele tipo de pessoas que eu vou trabalhar ... a equipe ... eu acho que isso tem que ser pensado o tempo todo, você não pode simplesmente ir fornecendo um bloco de materiais ... (NUTRICIONISTA).

Outras vezes identificam esse processo continuado de formação como a possibilidade de atualização para superar a ‘chegada de novos conhecimentos, novas informações’, mas também como a maneira de propiciar crescimento individual e coletivo, um projeto institucional, na medida em que houver conhecimento geral das ações que possibilite a busca de alternativas:

Eu acho que a educação continuada é importante no sentido de que traz pro profissional uma experiência, que faz com que o profissional leve essa experiência pro seu grupo e pra outros grupos também ... entendeu?! ... eu acho que a gente vai estar o tempo todo, quer dizer ... mantendo atualizado o profissional ... você vai estar sabendo o tempo todo o quê que está acontecendo naquele grupo de pessoas ... aquelas pessoas que você vai trabalhar elas vão estar crescendo ... vão estar aprendendo e você vai estar trazendo coisas novas pra elas ... você também vai aprender coisas novas com elas pra poder trabalhar com outros grupos que você identificar, né?! Você vai estar buscando outras alternativas que você pode utilizar em outros grupos ... ou você está dando alternativas (NUTRICIONISTA; PEDIATRA).

Esse depoimento destaca a importância da assessoria / tutoria, portanto, da formação de formadores, ao pontuar a necessidade de condução da manutenção da atualização “*porque não é espontâneo...tem que ser feita a ponte*” (NUTRICIONISTA).

Segundo DAVINI (1995), a aprendizagem reflexiva sobre o contexto da ação implica que o sujeito esteja envolvido no curso da ação e possa refletir acerca do processo, verbalizando seus pensamentos e aprendendo na prática e sobre ela. E ressalta, como eixos fundamentais que devem ser trabalhados de forma integrada, a *atualização de enfoques ou conteúdos, a análise do contexto social da escolarização e a reflexão sobre a prática*. Acrescenta ainda a relevância de se levar em conta a

subjetividade e os marcos interpretativos dos sujeitos, sem cair, no entanto, em uma pedagogia espontânea, que confunde a realidade com a existência material, quase sempre levando a uma prática restrita à repetição de rituais, não considerando as dimensões técnica, sociocultural e ético-política.

MAGUERZ (apud BORDENAVE, 1983) e DAVINI (1983) enfatizam a pedagogia problematizadora como uma das técnicas que possibilitaria o desenvolvimento de um projeto educacional com as características que foram apontadas. O primeiro destaca que deve ser desenvolvida, no aluno, a capacidade de fazer perguntas e sugere um processo em cinco etapas para aperfeiçoamento da destreza e aquisição de domínio e competência no manejo das técnicas associadas à solução de problemas, que denominou 'método do arco': *observação da realidade, ponto-chave, teorização, hipótese de solução, aplicação à realidade.*

DAVINI (1983) ressalta a importância de trabalhar com conceitos-chaves para que o sujeito se aproprie do conhecimento que sustenta as técnicas, de forma a fazê-lo mediante sua organização em uma 'árvore ou cadeia de conhecimentos', desde os mais abrangentes aos mais específicos. Essa reconstrução da rede de conhecimentos viabilizaria a sistematização da ação pedagógica e permitiria que o educando *integrasse seus conhecimentos e compreendesse seus fundamentos*, evitando a rotinização de técnicas ou a acumulação de informações soltas.

Além de destacarem o papel fundamental de professores-orientadores e / ou tutores, o grupo focal de professores da ENSP expressa que só no Serviço existe a possibilidade de reflexão sobre o próprio trabalho, a qual pode ser enriquecida pela experiência e desenvolvimento de metodologias que permitam apreender e transmitir a informação recorrente:

Deslocar a capacitação dos atores para uma reflexão no serviço em nível de resolução de problemas ... evoluindo para um modelo socioclínico ... porque só a formação normativa não lhe capacita ... para a auto-reflexão ... para repensar a informação recorrente ... o saber da experiência ... para que seja ultrapassada a perplexidade da auto-formação no sentido de construção de uma metodologia que permita aprender com a própria prática e com a do outro ... metodologia que possa ser reproduzida 'interativamente' e o centro produtor de conhecimento ofereça uma retaguarda do problema, ampliando também as técnicas pedagógicas (fax, telefone, correio eletrônico) e estabelecendo uma dupla via – o aluno e seu orientador – para um alcance maior de grupos de trabalhadores. Essa 'nova' formação porém, exige níveis de tutoria para acompanhar o processo, avaliá-lo, introduzir questões (GR. PROF. ENSP).

Fica claro para esses trabalhadores que é no trabalho e / ou a partir das questões do trabalho que essa formação vai-se configurar e que só um processo educacional dessa natureza será capaz de proporcionar um trabalho articulado em equipe através da construção dos saberes aí imanentes, ao mesmo tempo em que reforça a competência profissional. Além disso, para que o Serviço atue de fato, é preciso um projeto educacional que privilegie o aprender a aprender, para ensinar o saber:

Foco que vai determinar a formação ... acho que é o trabalho ... de uma forma mais ampliada ... de uma forma multiprofissional ... da interdisciplinaridade dos profissionais ... de conseguir resgatar esse profissional ou trazer esses profissionais ... identificar profissionais para revisar esse trabalho junto comigo (AUXILIAR DE ENFERMAGEM; CLÍNICO GERAL; AGENTE DE SAÚDE).

Então, eu acho que tem que começar a aprender ... vou utilizar técnicas que sejam adequadas àquele tipo de trabalho que eu vou fazer ... acho que isso é a primeira coisa ... eu pretendo me capacitar para ser um profissional que consiga articular isso, né?! ... eu quero saber como é que essa pessoas pensam, como é que isso pode acontecer, o quê que realmente eles precisam, qual é a realidade dela ... mas é trabalhar as pessoas a partir da realidade delas mesmo (NUTRICIONISTA).

A formação continuada, de acordo com as falas que seguem, cumpriria o papel de complementaridade à formação inicial, mas com enriquecimento do saber da prática, que não é de livro, estruturado, podendo ainda favorecer a organização das experiências:

Na minha formação ... as disciplinas foram segmentadas ... e você só faz clínica ... então você precisa de atualização ... de integração com o serviço de saúde que tem a experiência de resolver aqueles problemas que não são bonitinhos ... estruturados ... é que você tem que ter além do conhecimento teórico ... alguma experiência (PEDIATRA; ENFERMEIRA).

A formação continuada ... me daria possibilidade de organizar as experiências (PSICÓLOGO).

Evidencia-se que essa formação tem sentido mais amplo também para os entrevistados, uma vez que suas necessidades formativas apresentam variadas gradações: dos cursos formais em *lato e stricto sensu*; intercâmbio de experiências, temas específicos (educação e saúde, metodologias, entre outros) e gerais (políticas de saúde, modelos de atenção, avaliação de serviços e de desempenho) e das apreensões do saber-fazer construído no cotidiano:

Eu estou assim com muita vontade de fazer mestrado ... de fazer doutorado ... fazer outras coisas assim que eu não fiz ... porque eu não sou muito de fazer curso ... não significa que a teoria não me interesse ... eu sou uma pessoa que gosta de sentar ... de estudar ... mas eu tenho

vontade de arrumar essa minha experiência na cabeça ... é uma possibilidade via um curso formal desse (PSICÓLOGO).

Eu gostaria de ter oportunidade de ver outros trabalhos (E.VS).

Atualização ... residência ... especialização ... primeiro treinamento / reflexão sobre sua prática ... e você só consegue lendo ... estudando ... deveria estar implícito que a gente deveria fazer cursos profissionais...mas com um vínculo maior com a realidade ... como aprender aqui ... com quem tem mais experiência ... para saber, por exemplo, como ele resolveu aquele problema ... ou aquilo que se está apresentando naquele momento (PEDIATRA; ENFERMEIRA).

Para mim é uma necessidade de discutir, por exemplo uma metodologia de pesquisa ... de pesquisa social ... quer dizer ... que conhecimento é esse que a gente pode estudar ... utilizar ... compreender e utilizar ... né? ... e ajudar a melhorar o trabalho ... dizer no grupo ... né? ... que a gente deseja explorar uma área ... um campo do conhecimento (PEDIATRA).

O quê que falta para o nível micro? Falta ter pessoas que compreendam aquilo que é programado como uma coisa de modelo ... falta aprender isso ... porque complica na hora de botar em prática (CLÍNICO GERAL).

Para RODRIGUES y ESTEVES (1993), a sistematização de práticas para a análise é dificultada pela polissemia do termo necessidade, sua relação de dependência com os valores e sua subordinação ao contexto em que se determina, somada à multiplicação dos atores sociais que a podem expressar. No entanto, é instrumento que permite pensar a formação ligada a sua função social.

O autor chama a atenção para os limites contextuais, a rede de poder que os condicionam / determinam, que podem oferecer um posicionamento mais consciente por parte de quem formula.

6.3 MARCO DE REFERÊNCIA PARA AS NECESSIDADES

Após todo esse debate surgem mais questionamentos: é possível criar um marco de referência para um processo de formação continuada com essas características? Que conteúdos teriam as bases conceituais? Saúde da Criança já se configura como campo do conhecimento ou é ainda um tema?

Nas falas do grupo entrevistado sobressaem pistas que podem servir de base para a construção de um método continuado de formação / apreensão / compreensão do saber educacional, como no depoimento que segue:

Uma avaliação de desempenho ... outra coisa, seria uma coisa do estudo de perspectiva, estar sempre buscando quais são os anseios dessa

... pessoas, né ... a pessoa com sofrimento ... porque que estou indo por aqui? ... então, eu acho que uma outra coisa é você estudar as necessidades, as necessidades ... é ... são grandes demandas que tem este profissional, não é? ... em dois marcos importantes ... o terceiro seria o marco das necessidades que você tem para o serviço aqui ... você tem que ter esse manancial que é das necessidades aqui do local ... da instituição ... uma coisa super importante que é o trabalho como ... o foco que vai determinar a formação (CLÍNICO GERAL).

O depoimento acima coloca bem a questão dos marcos de referência para um projeto de formação continuada nos moldes em que se está discutindo, isto é, uma formação de dimensão ampla para ir preenchendo os 'vazios' explicitados nessa análise, mas que propicie o superar também a reflexão da própria prática, para que ela não se auto-consuma nos ativismos do fazer sem saber, sendo capaz de situar a atuação de serviço dentro de rede mais vasta.

Ainda compondo esse marco referencial, foi evidenciado a exigência de transformação de um espaço virtual existente para um real, que existe, porém é "prejudicado pelo modelo formal" (ENFERMEIRA, de modo a permitir os diversos momentos educativos, dentro e fora do Serviço, mas que atenda às demandas técnicas de uma equipe multidisciplinar:

Momento ... dentro e fora do serviço, pessoas do serviço e de outros ... tem que ter a teoria e o do serviço ... montar um curso de reciclagem ... mas como foi feito no grupo da criança que foi por uma demanda técnica do grupo ... uma pessoa do serviço foi lá e deu porque não tem normalmente para o nível superior a atualização em imunização ... e a gente precisa ... sabe aquela coisa do saber? ... que a gente esquece quando não utiliza todo dia? (VISITADORA SANITÁRIA; ENFERMEIRA).

Como foi visto, não há inconformismo entre os trabalhadores que lidam com a problemática / saúde / doença / crianças / famílias no CSEGSF. Existe entendimento claro das diferenças entre as estruturas e o alcance que podem ter. Eles discernem também o nível do desejo e das aspirações, embora não os expressem em reivindicação explícita e tampouco esperam sua satisfação de forma paternalista; buscaram formar-se, aperfeiçoar-se em concordância com o trabalho, aprendendo o que mais gostam.

Esses profissionais dão prova de que o trabalho ensina, evidencia os 'vazios', localiza as carências, bem como expressam o desejo de estar lendo, buscando respostas e até suprimindo as necessidades na quebra de horários, em um cuidado prestado que foge aos parâmetros da cobertura, do número de consultas, mas, certamente, com mais qualidade.

A 'marca' desse grupo de trabalhadores é um poder do saber sem guichê, sem caminhos retos; surgem os 'cantos' de qualidade – cantos do paciente, de ler, de trocar idéias. Existe o ensino e a pesquisa, embora sem avaliação, mas o espaço de formação continuada que está aí latente não é percebido e, em consequência disso, não há desenvolvimento de metodologias que dêem conta desse processo educacional para o conjunto de trabalhadores do Serviço e sua possibilidade de transferir para outros serviços do SUS. Quer dizer, apesar da diferenciação e de sua localização como Serviço de Referência em Instituição de Ensino e Pesquisa, não consegue desenvolver condições estruturais favoráveis à construção de um projeto de formação continuada que inclua até mesmo a formação de formadores / tutores.

A criança, ao ser assumida como o centro dos cuidados, quer dizer, o sujeito-objeto das ações, necessita ser considerada sob todas as perspectivas para que seu crescimento se dê com todas as potencialidades. Essas perspectivas, a partir da saúde, não estão circunscritas aos aspectos biológicos, ainda que nos Serviços, em geral, e no CSEGSF, em especial, exista grande contradição na organização do atendimento por programas e faixa etária, sendo este predominantemente em nível individual e voltado para queixas de doença. Há descompasso entre o compromisso e a competência dos profissionais que detêm a liderança da organização técnica do trabalho – isto é, os médicos – e, em contrapartida, ocorreu um engessamento no modelo de atenção, que se mantém dominante, em seu caráter biomédico.

Daí a importância que assume uma proposta de construção de um projeto de formação continuada para os trabalhadores responsáveis pelas várias ações necessárias à promoção da saúde da criança. Mesmo para o CSEGSF, que tem condições estruturais diferenciadas, como a análise vem demonstrando, e apesar da consciência do grupo que lida com a problemática de saúde das crianças, não se conseguiu reverter essa situação até hoje.

As diversas estratégias de oferta de ações de prevenção / promoção não conseguem ter visibilidade quanto ao seu impacto de forma geral e, em especial, para a comunidade de referência, que pressiona por mais consultas e mais médicos, ainda que as pessoas continuem comparecendo ao Centro para as demais ações organizadas.

Merecem destaque os aspectos de receptividade às mudanças e a pouca, porém latente, tensão que costuma ter lugar entre esses sujeitos: (a) além do tempo de

existência desse Serviço (30 anos), há grande proximidade entre trabalhadores / comunidade (sendo que cerca de 30% residem no próprio Complexo de Manguinhos); (b) os médicos do CSEGSF, em sua maioria, fazem parte das equipes que realizam as consultas coletivas nos grupos temáticos, além de a triagem também ser multiprofissional (três trabalhadores por grupos de recepção diários); (c) existe uma tradição de ações realizadas só por trabalhadores não médicos e sem supervisão direta dos médicos (imunização, o preparo que inclui tomadas de peso medida, altura e pressão arterial), não se estabelecendo de forma mais acentuada a diferenciação da hierarquia médica na condução dos grupos.

Por ter clareza quanto a essas questões, mas também perceber as possibilidades de atuação do CSEGSF em decorrência das especificidades de seu conjunto de trabalhadores (apesar das contradições e disputas internas) é que se procurou conformar as bases conceituais para fundamentar a proposta que aqui se expôs junto a professores fundadores do Mestrado em Saúde da Criança, dado todas as avaliações que foi possível realizar neste estudo (Capítulos 1 e 2), a partir dos documentos disponíveis e da própria experiência de formação, vinculada aos diferentes momentos de participação.

O Mestrado em Saúde da Criança, desde seu início, manteve com o CSEGSF intrínsecas relações, que foram diretas – por meio da participação de professores do Centro em disciplinas teóricas da grade curricular, pela formação, logo na primeira turma, de uma pediatra desse Serviço e por ter sido um dos *locus* da disciplina ‘prática em serviço’ e da pesquisa dos dados primários de três dissertações – e indiretas – pelo debate teórico acerca do papel e das articulações possíveis entre a pós-graduação *lato* e *stricto sensu*.

Dessa forma, utilizando o recurso metodológico de ‘informantes privilegiados’ referendado para investigações da natureza deste estudo, tornou-se possível resgatar uma parte da história desse Mestrado, que ainda não está contada, após o tratamento das histórias de vida típica desses professores – *suas histórias no saúde da criança* –, bem como adquirir profundo e relevante saber de conceitos-chaves para as questões que permeiam a problemática estudada, entre eles, o conceito de saúde da criança como campo do conhecimento e algumas pistas / metodologias educacionais.

É sabido que todo processo educacional só tem sentido se der conta, para o conjunto dos trabalhadores, de um conteúdo, e este de que se está falando é *Saúde da Criança*, que é inovador.

Aqui, o novo quer dizer diferente de e / ou em oposição ao conceito culturalmente hegemônico, o qual tem origem nas políticas e nas proposições de organização da atenção ao sujeito-criança delas provenientes. Fazendo-se um corte na história das políticas de saúde, chega-se aos princípios da estratégia de APS⁴, os quais, como já analisado, têm como base a equidade, a hierarquia de níveis de atenção, a integralidade, a adscrição de clientela e a referência e contra-referência, estando sintetizada, para níveis operacionais, nas ações básicas de atenção integral à saúde da criança.

O novo concerne às bases conceituais do Mestrado em Saúde da Criança / IFF / FIOCRUZ (1988-1996), que retoma esse conceito e, através de seu processo educacional, dá origem à construção de uma área de investigação e ensino para subsidiar a atenção às crianças, visando propiciar, aos alunos, a revisão de pontos críticos pouco discutidos em nível de graduação e mesmo de outras modalidades de ensino médico, o que dificulta, para o pediatra, uma visão / compreensão de um sujeito – *em crescimento e desenvolvimento* – o sujeito-criança.

Trabalhar as disciplinas juntas, articuladas ... saindo de um modelo simplificador de ciência, hegemônico que simplifica causa e efeito ... entendendo as interligações das questões macro e micro ... a saúde da criança assumindo um papel de um novo paradigma ... um espaço de produzir o estado da arte e conhecimentos para esse campo ... o que implica em dizer que a Pediatria, a Puericultura seriam parte desse campo ... junto com os direitos da criança pelo lado jurídico, a educação ... o ambiente mas não só o meio que ela vive ... mas sua historicidade, sua cultura, sua complexidade ... quer dizer a estrutura de poder que está determinando aquela situação ... então tem que trabalhar saúde, educação e ambiente ... tem que ter essa clareza prá trabalhar com saúde da criança ... e estar conseguindo o objeto mais competente prá trabalhar (PROF. MSC).

Esse saber saúde da criança tem que pegar tudo o mais ... a partir de um eixo que é crescimento e desenvolvimento ... então tem que ver as crianças com as diversidades ... com as diferenças ... com as desigualdades ... pois quem precisa de tudo é a criança e sua saúde ... não é formar um especialista ... é dar possibilidades de um indivíduo interseccionar todos os saberes que permeiam a saúde da criança ... portanto é organizar esses saberes no campo da saúde da criança ... eu

⁴ As bases conceituais da APS estão no documento da OMS / UNICEF (1978) 'Cuidados Primários de Saúde'. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Atta, URSS. Brasília.

acho que saúde da criança é espaço que vai resgatar, manter, salvar ... até a morte faz parte da saúde da criança (PROF. MSC).

Quanto ao marco referencial do processo educacional citado, destacam-se:

- a. O grupo docente multiprofissional, constituído um ano antes do início do Curso, que se revezava durante o período de desenvolvimento do mesmo, assistindo as aulas para ir construindo o referencial – Saúde da Criança. Este teve forte conteúdo de disciplinas das ciências humanas, cujas disciplinas-eixo abarcavam o crescimento, desenvolvimento e história social da criança, ancorados nos blocos das ‘metodológicas’ – metodologias de pesquisa (Epidemiologia Geral e Clínica, Sociologia, Antropologia) e de Educação – e das práticas de serviço (Planejamento, Observações de Serviços e Sistemas de Saúde), assim como das disciplinas que perpassavam as questões clínicas do adoecer (Perinatologia e Doenças Infecto-parasitárias).
- b. Os Seminários Avançados como espaço de construção do conhecimento, onde os orientadores e orientandos apresentavam e defendiam, por etapas, o desenvolvimento do trabalho para a dissertação desde a idéia, articulando-a com as disciplinas, não desprezando o ir à Biblioteca, os debates críticos, as anotações em folhas avulsas (sistematização do processo) e a troca, o que trazia, como resultado final, a elaboração de um trabalho individual, mas cada um sabendo todos os outros da turma inteira.

A principal tese deste trabalho é a viabilidade de um projeto de formação continuada no Serviço segundo os moldes do Mestrado em Saúde da Criança / IFF / FIOCRUZ, por todas as suas características, a saber: 1) por ter sido um projeto educacional que privilegiou o processo e, portanto, o saber educacional e o da prática; 2) por ter possibilitado a articulação entre ensino e pesquisa; 3) por ter propiciado a formação de um aluno / profissional crítico, com ênfase para o desenvolvimento da autonomia e *empowerment* e da capacidade de se adaptar às transformações do mundo do trabalho; 4) por ter-se desenvolvido no interior de um serviço de saúde, acrescentando-se que, nas falas dos entrevistados, várias dessas características foram explicitadas.

CONSIDERAÇÕES

*Ah, recomeçar, recomeçar
Como canções e epidemias
Ah, recomeçar como as colheitas,
Como a lua e a covardia,
Ah, recomeçar como a paixão e o fogo
E o fogo
E o fogo...”*

(ALDIR BLANC)

O caminho percorrido no fazer operante da pesquisa desde o surgimento da idéia até estas considerações – passando pelo recorte do objeto – possibilitou-nos clarear conceitos que permeiam o campo do trabalho / formação para a promoção da saúde das crianças. Em razão disso, não se chegou a conclusões acerca do estudo pretendido, mas, sim, a novas perspectivas. Quer dizer, não são só os dados que respondem pela investigação, mas também os questionamentos, os quais sinalizam para o que se pretende aprender e ensinar *no* e *com* o trabalho.

Destacamos certas premissas que nos serviram de bússola e, ao longo da pesquisa, referendaram que a formação continuada dos trabalhadores não é um processo puramente técnico, porém empreendimento ético, político e cultural. É um trajeto de muitas incertezas e da descoberta do feixe de possíveis na trama institucional das oportunidades, demandando reavaliação de nossas ações, tradição e compromissos na direção da construção da autonomia na busca coletiva de um projeto para o trabalhador e seu *locus* de vida, trabalho e formação.

Essas premissas são:

- o eixo central deve ser dado pelos trabalhadores, ou seja, para construir uma proposição viável e consistente, levou-se em conta o sentido que atribuem aos objetivos de seus saber e fazer;
- a importância do papel e da influência da formação básica dos trabalhadores de saúde surge em contraste com as necessidades da problemática saúde / doença / criança e as exigências educacionais da formação continuada;

- a atividade de formação no trabalho busca a qualificação em sentido amplo, isto é, a capacidade de reflexão crítica, criatividade, autonomia e auto-aperfeiçoamento, diferindo do processo de treinamento para habilidades específicas;
- a importância do contexto e do *locus* de formação, bem como da formação de formadores no sentido de estratégia-chave para o desenvolvimento de projetos dessa natureza.

O fim / começo é o momento da chegada resultante de reflexão contínua e de (re)montagem das percepções que o trabalhador de saúde tem sobre si e seu trabalho e formação, o qual foi mediado pela construção de uma bibliografia básica que compreende marcos referenciais de várias disciplinas das ciências biológicas, sociais e humanas, destacando-se o campo da educação e da saúde.

Impõe-se, de um lado, a busca de identificação de uma base teórico-metodológica para subsidiar o desenvolvimento de um projeto educacional cujo eixo central deve ser a formação no trabalho inserida em uma proposta político-pedagógica de transformação pela reconstrução da identidade dos trabalhadores e pela articulação de seus saberes e práticas. De outro, a concepção da criança e sua saúde como novo sujeito das práticas, estudos e pesquisas, exigindo conhecimento interdisciplinar e ação interprofissional de rotina.

Pontos igualmente relevantes são: (1) a descoberta de ‘vazios’, em que se pode dar destaque à falta de um saber estruturado capaz de contemplar rigorosamente os requerimentos para a formação e o desempenho no trabalho; (2) a consideração do saber educacional – construído pela ação de saúde e que lhe dá sustentação – enquanto produto de investigação.

Deve ser repensada, pois, a educação dos trabalhadores de saúde no sentido de um contínuo que estabeleça as articulações possíveis para referendar as ações nos Serviços, ao mesmo tempo em que o próprio agir seja elemento de aprendizagem e investigação, visando as competências profissional e interprofissional para a promoção da saúde das crianças, o que significa um projeto de saúde e de formação articulados, que privilegie as dimensões técnica e política no processo de ensinar e aprender.

Outro achado que merece reflexão é a polêmica conceitual existente, uma vez que os diferentes projetos, em sua operacionalização, não conseguem encaminhar

propostas coerentes com seus postulados. Por mais que os documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) indiquem, a linha não aflora como proposta educacional clara a ser desenvolvida em Serviço, apta a dar conta desse dinâmico que deve ser coletivo e contínuo, além de não necessariamente com as mesmas pessoas; daí a importância da formação de formadores. Por quê ainda é confusa? É por ainda não ter regulamentação normativa? No CSEGSF fica evidente que essa formação não se faz dentro do Mestrado e Doutorado, tampouco nos Cursos de *Lato Sensu* da ENSP conforme estão estruturados.

Nosso posicionamento diante da questão não é o de assumi-la, mas trazer para o centro do debate alguns conceitos norteadores dessa proposição que não é *pós* nem é *especialização* no sentido formal e que tem a criança como inter-relação.

O termo **formação** neste estudo remete a um processo de construção e reconstrução – portanto, é transformador – resultante de uma relação dialética entre teoria e prática na situação de trabalho e / ou a partir dela, à diferença de um processo limitado no *espaço* (escola, por exemplo) e no *tempo*, com predomínio de transmissão sistematizada de *instrução* (ensino) e informações por alguém que já *sabe* (professor), o qual em geral não considera a experiência do sujeito da aprendizagem. O uso do termo **continuada** enfatiza o *continuum* da formação, referido à vivência de experiências pessoais e familiares e à incorporação de conceitos culturais em processo ininterrupto, independente de sistematização ou estruturação de uma situação formal de aprendizado e é, nesse sentido, **permanente**.

Assim, uma das propostas deste trabalho consiste em sinalizar para a necessidade de viabilizar um processo continuado de formação no trabalho – apropriado para a ultrapassagem dos falsos questionamentos que aí, em geral, estão colocados (dicotomia entre teoria e prática, desvalorização / não reconhecimento do conhecimento a partir da prática, entre outras) –, sem excluir todas as modalidades de ensino existentes, desde que as necessidades sentidas advenham do cotidiano do trabalho.

Circunscreve-se, dessa forma, um projeto educacional: que sistematiza o conhecimento produzido nas práticas reflexivas pela equipe de saúde – resultantes do entrelaçamento da vida com os paradigmas –, propiciando a aproximação e interação interprofissional através do fortalecimento das competências existentes

para promover, de fato, a atenção integral ao sujeito, nesse caso, o sujeito-criança, que é interdisciplinar por si mesmo.

Dentro da perspectiva de desafio colocada para a educação, em geral, e para a técnica dos trabalhadores de saúde, em particular, a idéia que orientou este estudo foi a de discutir um posicionamento ante a questão que situa a formação continuada como construção crítica e consistente de marcos referenciais para o desenvolvimento teórico-metodológico de um projeto educacional capaz de envolver a prática para a saúde, a investigação e o ensino no trabalho. Em suma, uma formação que se deve configurar como estratégia de aproximação entre os saberes da prática e o arcabouço teórico da escola.

A análise das categorias teóricas e empíricas reafirma essa proposição e evidencia, como referencial, os princípios filosóficos, teóricos e metodológicos do Mestrado em Saúde da Criança, tal como estes foram referidos ao longo da tese.

Nesta pesquisa sobressaiu igualmente a receptividade dos entrevistados – trabalhadores do CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ, professores do Mestrado em Saúde da Criança e integrantes dos grupos focais (professores da ENSP, trabalhadores de outros Serviços, professoras das escolas da área de abrangência e mães de crianças que demandam o CSEGSF) –, a qual pode ser evidenciada nas histórias de travessias repletas de matizes e de novos e muitos sentidos – *uma história de sujeitos* – carregadas, pois, dos ‘eus’ complexos em interação com seus objetos e escolhas e suas distintas experiências. Tal aceitação / entendimento reflete a necessidade de crescer por essa ‘via’ ainda não oficializada, contudo latente há muito tempo.

Dessa forma, a análise das categorias provenientes de suas ‘visões de mundo’ a respeito de tal problemática também indica eixos e aberturas para a construção de processos educativos que dêem conta de apreender e aprender com os saberes da prática, assinalando-se a exigência quanto ao desenvolvimento de estratégias de sistematização e organização do saber educacional produzido individualmente e / ou em equipe no cotidiano dos Serviços.

As características das ações de saúde da equipe de trabalhadores do CSEGSF podem servir de pontos de partida, de idéias-guia para novas construções no campo da dualidade existente entre ação e linguagem *versus* a dicotomia trabalho e educação / formação na direção de sua superação, bem como ressaltam a singularidade plural dos sujeitos e a questão da diferença em educação.

Propõe-se, pois, o rompimento da fragmentação do conhecimento para alcance de novo modelo que, segundo MORIN (1996), é denominado “paradigma da complexidade”, adequado à articulação dos distintos saberes produzidos no campo da saúde da criança.

Um projeto educacional assim configurado propiciará impacto não só na qualidade da atenção prestada a esse grupo vulnerável, no sentido de seu *empowerment* – conforme ao que está indicado nos documentos básicos da Promoção da Saúde (BRASIL/IEC/FIOCRUZ, 1996) e pela Agenda 21 (BRASIL/Senado Federal, 1996) –, como também para a efetiva construção do desenvolvimento *para, das e pelas* crianças e suas famílias – em concordância ao assinalado pelo paradigma do Desenvolvimento Humano (BRASIL/PNUD, 1996). Coloca-se, então, a própria prática e o Serviço como componentes fundamentais de uma rede de ajuda específica.

Em razão do exposto, o projeto de saúde deve contar, em sua etapa inicial, com ampla discussão que envolva, em níveis correspondentes, os trabalhadores com as crianças / famílias, da mesma forma que precisa implementar oficinas de trabalho para debates técnicos entre equipe de saúde e profissionais de outras disciplinas, tendo em vista a implementação de um projeto que articule os campos de Saúde, Ambiente e Educação na direção da transformação do isolamento da clínica de crianças para a saúde das crianças na articulação das equipes dos Serviços.

Os serviços locais de saúde devem fazer parte de uma rede e transformar-se em espaços / ambientes favoráveis à saúde e de formação para crianças, pais, professores, pessoal escolar, outros profissionais e trabalhadores de saúde, em um projeto de formação contínua que propicie acompanhamento, controle e avaliação das ações / situações. Além disso, deve organizar outros espaços – sendo, inclusive, um deles – para possibilitar atenção integradora às crianças e o desenvolvimento de hábitos de vida saudável, contribuindo para a defesa da cidadania.

É importante não confundir o processo de trabalho com as respostas educativas que ele requer, que são o centro da formação continuada. Isto quer dizer que a construção do projeto educacional virá das questões / indagações da própria prática / trabalho, forjando um ‘saber da sabedoria’ das várias travessias dos trabalhadores em relação a suas crianças / famílias de referência, capaz de preencher os ‘vazios / cantos’ de qualidade existentes, bem como fortalecer a ‘sociedade-comunidade’ no

locus de trabalho e formação – CSEGSF. Daí a relevância de existir um projeto que dê forma a esse espaço, cuja divulgação de resultados / processos é ponto fundamental.

Para tal, uma vez que se tenha definido cumprir a Missão que representa um direito / dever de ser referência por ser da ENSP e da FIOCRUZ, é imprescindível que sejam desenvolvidas políticas institucionais que dêem respostas / suporte à organização gerencial para a implementação desse tipo de trabalho (e que inclua planejamento e avaliação), mesmo que seja necessário ampliar o quadro de trabalhadores dentro de princípios gerais norteadores no que diz respeito a seu perfil.

Esse reconhecimento institucional possibilitará que se concretize o espaço de formação, informação e comunicação no próprio CSEGSF, onde semelhante cultura já existe, é sentida e é visualizada através do esforço de sistematização de dados / preocupação com o registro. Estes, no entanto, não devem ser organizados sem finalidade, uma vez que o Serviço exige um saber que está contido na prática dos trabalhadores de diversas formações, traduzindo outro olhar... O desses sujeitos que são autores e atores nesse estudo e surpreendem com o brotamento de categorias repletas de sentido.

Um projeto de formação dessa natureza permitirá efetivamente, além do estabelecimento de parcerias entre trabalhadores de saúde, da educação e outros profissionais, a construção de uma equipe interprofissional para o alcance da atenção integral à promoção da saúde das crianças, apta ao enfrentamento da rede de causalidade de seus problemas de saúde.

Às crianças será configurado um processo que lhes proporcionará crescer como cidadãos saudáveis e, portanto, felizes, tendo reconhecidas as suas habilidades e cujas esperanças estarão sendo levadas em conta.

Aos trabalhadores, no conjunto de possibilidades das situações universais e individuais do traçado cotidiano, serão efetivadas as oportunidades de um trabalho coletivo permeado por períodos de conflitos e rupturas, mas solidário e com garantia de comunicação e formação, competente para tornar 'real' o espaço 'virtual' não sobre uma simulação, mas através dos movimentos de criação e (re)criação responsáveis desse espaço.

Permanecerá, porém, nas entrelinhas deste texto, uma utopia da dissolução do saber cristalizado e sua reconstituição em processos coletivos nos quais passado e


futuro se encontram no presente, caso não vislumbremos a transformação de um real desejado para o real possível, no sentido do conjunto das possibilidades chamadas a se realizarem na construção de um projeto de formação continuada como exercício inadiável de um direito.

Dessa forma é que deixamos em aberto a prática de desvendamento... Pois o **sentido**, ao contrário do significado, revela múltiplas direções para que seja feita a interface simultânea entre a *tradição* – porque singular – e a abertura para o *novo* – porque viajante de todos os horizontes – na (re)construção da **prática como e com saber** no eterno caminho do imprevisível ao plausível, só possível quando, na noção de ensinar / aprender, está incluído o pesquisar.

Como disse o Mestre e Doutor FAUSTO ao seu criado WAGNER:

*Oh, quão feliz quem ainda espera
Surgir daquele mar de engano e quimera!
O que se ignora e o que mais falta faz.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADESSE, L., 1994. *Amamentação: Esse Ato Contraditório*. Dissertação de Mestrado. Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ADORNO, T.W., 1995. *Educação e Emancipação*. São Paulo: Paz e Terra.
- ALBALA, C. y VIO, F., 1995. "Epidemiological Transition in Latin American. The Case of Chile." *Public Health*, v. 109:431-42.
- AMÂNCIO, A. y QUADRA, A., 1979. Educação Médica Continuada, Limites, Limitantes, Limitações. In: *Educação 2, Sociedade 4*, Rio de Janeiro.
- ANDRADE, J., 1979. *Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina*. OPS/OMS (Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.28). Washington/EUA: OPS/OMS.
- ANNUNZIATO, F., 1989. *Il Fordismo nella Critica di GRAMSCI nella Realità Statunidense Contemporanea*. Italia: Critica Marxista n.6.
- ANTUNES, R.I., 1995. *Adeus ao Trabalho? – Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. Campinas/SP: Cortez. 
- APPLE, M., 1982. *Ideologia e Currículo*, São Paulo: Brasiliense.
- APPLE, M., 1987. *Educación y Poder*. Barcelona: Paidós
- ARENDT, H., 1995. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- AROUCA, A. S., 1986. *Democracia é Saúde*. In: Anais. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS/CD.
- ARTMANN, E., AZEVEDO, C. da S. & SÁ, M. de C., 1997. *Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: Análise Comparada de Duas Experiências*. Rio de Janeiro. Mimeo.
- BACHELARD, G., 1996. *A Formação do Espírito Científico*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- BAKHTIN, M., 1988a. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: HUCITEC.
- BAPTISTELLA, A.C.S., 1994. *Qual a sua formação, professor?* Campinas/ SP: Papyrus.

- BARBIERI, M.A., BATISTA, N.A., BORGES, S.N., RIVOREDO, C.R., SHIRAIWA, T., GAWRYSZEWSKI, V., BRAZ, M. & TAVARES, M.F.L., 1994. Pós-Graduação em Saúde da Criança, Nível Mestrado – Uma Nova Proposta de Ensino (1988-1992). *Jornal de Pediatria*, v. 70(2): 115-20.
- BARBIERI, M.A., CARVALHO de, C.P., RAMOS BARBIERI, M., MINAYO, M.C.S., BATISTA, N.A. & BETTIOL, H., 1993. Doutorado em Pediatria: Quando, Onde, Porque? *Pediatria (SP)*, v.15:33-7.
- BARROS, M.E.D., 1997. *A Polêmica Função do Estado nas Sociedades Modernas. TEMA/RADIS 15*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- BATESON, G., 1979. *Mind and Nature*. New York: Dutton.
- BECKER, M.S., 1993. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC.
- BELISÁRIO, S.A., 1995. As Múltiplas Faces do Médico-Sanitarista. In: MACHADO, M.H. (Org.). *Profissões de Saúde: Uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- BENJAMIN, W., 1986. *Documentos de Cultura – Documento de Barbárie*. São Paulo: Cultrix / USP.
- BENJAMIN, W., 1987a. *Obras Escolhidas I – Magia e Técnica, Arte e Política*. São Paulo: Brasiliense.
- BERTAUX, D., 1980. L approche biographique. Sa validité méthodologique, ses potentialités. In: *Cahiers Internationaux de Sociologie*, v.LXIX. Paris: Presses Universitaires de France.
- BID, 1997. Relatório Anual do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Washington.
- BLOOM, B.S., 1976. “Inocência em Educação”. *Cadernos de Pesquisa (São Paulo)*, 16.
- BODGAN, R. & BIKLEN, S., 1994. *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Portugal: Porto Editora.
- BORDENAVE, J.E.D., 1983. Alguns Fatores Pedagógicos. In: SANTANA et al. 1997. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPS.
- BOULOS, Y., 1985. “Relação entre a didática e as disciplinas de conteúdo”. In Seminário “A didática em questão”. São Paulo, USP.
- BOURDIEU, P. & PASSERON, J.C. de, 1975. *A Reprodução (Elementos para uma teoria do ensino)*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BOURDIEU, P., 1983. Esboço de uma Teoria da prática. In: BOURDIEU, Pierre (Org.). *Sociologia*. São Paulo: Ática.

- BOURDIEU, P., 1987. Condição de Classe e Posição de Classe. In: BOURDIEU, Pierre. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação, 1965. Parecer n.977/65. Definição dos Cursos de Pós-Graduação. Relator: Cons. Newton Sucupira. Separata da Documenta 44: 04-11. Brasília.
- BRASIL. MEC / DAU / CEM, 1976. Internato e Residência: Ensino Médico no Brasil. Documento n.3. Brasília: MEC.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988. Inciso III, artigo 200. Brasília.
- BRASIL. IBGE/UNICEF. 1992. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1993. Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – RH/SUS, 1993. *A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)*. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. GED, 1993. Municipalização das Ações de Saúde. "A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. RH/SUS, 1995. *Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para ação do Ministério da Saúde*. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. IEC/FIOCRUZ, 1996. *Promoção da Saúde: Carta de Otawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Bogotá*. Brasília.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento, FIBGE/AMS, 1996. *Brasil em Números*, 4:1-212, 1995/1996. Brasília.
- BRASIL. OMS/OPS, 1996. *Renovação da Estratégia de Saúde Para Todos. Elaboração de uma Política de Equidade, Solidariedade e Saúde*. Brasília - Rio de Janeiro: OPS-BRASIL e FIOCRUZ.
- BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA:RJ), 1996. *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília.
- BRASIL. Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 1996. Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992, Rio de Janeiro): *Agenda 21*, Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde, SUS, 1996. *10ª CNS. Programas Oficiais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde, SAS, 1997. *Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância – Avaliação de Meia Década*. Brasília: MS / SAS.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social, 1997a. *A Saúde no Brasil*. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social, 1997b. 1997: *O Ano da Saúde no Brasil – Metas e Prioridades*. Brasília.
- BRASIL. IBGE/UNICEF. 1997. Indicadores sobre Crianças e Adolescentes: Brasil, 1991-96. Brasília.
- BRAVERMAN, H., 1977. Trabalho e Capital Monopolista. *A Degradação do Trabalho no Século XX*. Rio de Janeiro: ZAHAR.
- BRONFMAN, M., 1993. *Multimortalidad y Estructura Familiar – Un Estudio Cualitativo de las Muertes Infantiles en las Familias*, v.I e II. Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Mimeo.
- BRUSCHINI, C., 1979. Sexualização das Ocupações: Um caso Brasileiro. *Cadernos de Pesquisa*, 28.
- BUSS, P.M., 1998. *Situação de Saúde, Atenção Primária e Sistemas Locais de Saúde*. Rio de Janeiro: Mimeo.
- BUSS, P.M., FERREIRA, J.R., FONSECA, L.E., CYNAMON, S.E., MONTEIRO, T. & TAVARES, M.F.L., 1998. *Desenvolvimento Humano Sustentável em Nível Local da Perspectiva da Saúde*. Rio de Janeiro: Mimeo.
- CAMACHO, J.G., 1987. *Los Sistemas de Registro en la Atención Primaria de Salud*. España: Imprenta Calero.
- CAMPOS, G.W. de S., 1994a. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução e Reforma das Pessoas – O Caso da Saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- CAMPOS, G.W. de S., 1994c. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: HUCITEC.
- CANGUILHEM, G., 1990. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Universitária.
- CARVALHO, A.M.P., 1992. "Memórias da prática de ensino". *Revista da Faculdade de Educação*, USP (São Paulo), 18(2):247-52.
- CASTIEL, L.D., 1994. *O Buraco e o Avestruz: Ensaio sobre a Singularidade do Adoecer Humano*. Campinas/SP: Papyrus.
- CASTORIADIS, C., 1995. *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CASTRO, N.A. & GUIMARÃES, A.S.A., 1991. Além de Braverman, depois de Burawoy: Vertentes Analíticas na Sociologia do Trabalho. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (São Paulo), 17 (6):44-52.
- CHAGAS FILHO, C., 1993. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

- CLARKE, S., 1991. Crise do Fordismo ou Crise da Social-Democracia? São Paulo: *Lua Nova*, n.24, CEDEC.
- COHN, A., NUNES, E., JACOBI, P. & KARSCH, U.S, 1991. *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo: CORTEZ.
- CORDEIRO, H., 1984. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: GRAAL.
- CORIAT, B., 1992a. *El Taller y el Robot – Ensayos sobre el Fordismo y la Producción en Masa en la Era de la Electronica*. Mexico/Espanha: Siglo XXI.
- CORIAT, B., 1992b. *Pensar al Revés (Trabajo y Organización en la Empresa Japonesa)*. México/Espanha: Siglo XXI
- CUNHA, L.A , 1979. Ensino e Pesquisa: Uma Associação Problemática. *Encontros com a Civilização Brasileira*, v.16.
- DA MATTA, R., 1978. O Ofício do Etnólogo ou como ter Anthopological Blues. *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.
- DAVINI, M.C., 1983. Currículo Integrado. In: SANTANA et al., 1997. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPS.
- DAVINI, M.C., 1994. Practicas Laborales en los Servicios de Salud: Las Condiciones del Aprendizaje. In: *Educación Permanente de Personal de Salud*, Washington: OPS, serie Desarrollo Recursos Humanos, n.100.
- DAVINI, M.C., 1995. *La Formación Docente en Cuestión: política y pedagogia*. Buenos Aires: Paidós.
- DELUIZ, N., 1996. A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional. *Boletim Técnico do SENAC* (Rio de Janeiro), 22(2).
- DEMAILLY, L.C., 1992. Modelos de Formação Contínua. In: NÓVOA, A. (Org.). *Os Professores e sua Formação*. Lisboa: Ed. Nova Enciclopédia.
- DEMO, P., 1981. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Ed. Atlas.
- DENZIN, N.K., 1970. *The Research Act*. Chicago: Aldine Publishing Co.
- DESLANDES, S.F., 1997. Concepções em Pesquisa Social: Articulações com o Campo da Avaliação em Serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):103-07. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- DONNANGELO, M.C., 1975. *Medicina e Sociedade (O Médico e o Mercado de Trabalho)*. São Paulo: Pioneira.
- ENGUITA, M.F., 1989. *A Face Oculta da Escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ENGUITA, M.F., 1993. *Trabalho, Escola e Ideologia – Marx e a crítica da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.


- FARIA, R.M.O. de, 1996. *Redes de Ajuda: Estratégias de Manutenção da Opção de Amamentar*. Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.
- FÁVERO, M. de L., 1987. "Análise das práticas de formação do educador: Especialistas e professores". *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos* (São Paulo), 68(160):524-59.
- FEKETE, M.C., 1996. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA et al. (Org.), 1997. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPS.
- FONSECA, E.M.G.O., 1994. *A Integração da Criança com seu Meio Ambiente – Como a Escola Médica Aborda esta Questão?* Rio de Janeiro. (Mestrado). Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Mimeo.
- FOUCAULT, M., 1977. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUCAULT, M., 1986. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, M., 1995. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FRANCO, M.L.P.B. et al., 1979. Cursos de pedagogia: O que oferecem e como são avaliados pelos alunos. *Cadernos de Pesquisa* (São Paulo), 30:65-78.
- FREIRE, P., 1971. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P., 1992. *Pedagogia da Esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P., 1997. *Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREITAS, H.C.L., 1996. *O Trabalho como Princípio Articulador na Prática de Ensino e nos Estágios*. Campinas/SP: Papyrus.
- GARCIA, J.C., 1972. Educación Médica en America Latina. OPS/OMS, *Publicación Científica*, n.253. Washington/EUA: OPS/OMS.
- GOLD, R., 1958. Roles in Sociological fields observations. *Social Forces*, 36:217-23.
- GOLDANI, M. Z., 1997. Mortalidade Infantil em Ribeirão Preto: Comparação entre duas Coortes em um Intervalo de 15 Anos, 1979/94. Ribeirão Preto, São Paulo. Doutorado em Pediatria e Puericultura. Departamento de Pediatria e Puericultura / Faculdade de Medicina / USP. Mimeo.
- GOMEZ MINAYO, C., 1995. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. In: *Trabalho e Conhecimento: Dilemas na educação do Trabalhador*. São Paulo: Cortez.
- GONÇALVES, W.V., 1995. Formação de Formadores: eixo estratégico da educação para o trabalho. *Em Aberto* (Brasília), 15(65), jan./mar.

- GORZ, A., 1974. Divisão do Trabalho, Hierarquia e Luta de Classes. In: MARGLIN, S. et al. *Divisão Social do Trabalho, Ciência, Técnica e Modo de Produção Capitalista*. Porto: Publicações Escorpião.
- GORZ, A., 1980. *Crítica da Divisão do Trabalho*. São Paulo: Martins Fontes.
- GORZ, A., 1990. Quem não Tiver Trabalho também Terá o que Comer. *Estudos avançados* (São Paulo), 4(10):211-28.
- GRAMSCI, A., 1979. *Os intelectuais e a Organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- GRANGER, G.G., 1984. *A Ciência e as Ciências*. São Paulo: Ed. UNESP.
- HABERMAS, J., 1987a. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: Ed. L.P.M.
- HABERMAS, J., 1987b. *A Nova Intransparência*. *Novos Estudos*, 18:103-14. São Paulo.
- HABERMAS, J., 1990b . *Pensamento Pós-Metafísico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- HABERMAS, J., 1990c. *O Discurso Filosófico da Modernidade*. Lisboa: Pub. Don Quixote.
- HADDAD, J., FERREIRA, J.R. & CHORNY, A.H., 1994. Elementos para el Análisis y la Caracterización del Contexto en que se Dan los Processos Educativos en los Servicios de Salud. Tendencias y Perspectivas. In: *Educación Permanente de Personal de Salud*. OPS, série Desarrollo Recursos Humanos n.100, Washington.
- HARVEY, D., 1992. *A Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Ed. Loyola.
- HEGEL, G.W.F., 1992. *A Fenomenologia do Espírito*. Parte I. Rio de Janeiro: Vozes.
- HEGEL, G.W.F., 1993. *A Fenomenologia do Espírito*. Parte II. Rio de Janeiro: Vozes.
- HELLER, A., 1994. *La Revolución de la Vida Cotidiana*. Provença, Barcelona: Península.
- HIRATA, H., 1992. *Da Polarização das Qualificações ao Modelo da Competência: A Evolução do Debate no Contexto dos Novos Paradigmas de Organização Industrial*. São Paulo: Mimeo.
- HIRATA, H., 1993. Paradigmes du Travail, un "Point de Vue Transversal". *Futur Antérieur, Paradigms du Travail*, 16:5-10.
- IANNI, O., 1994. O Mundo do Trabalho. *Perspectiva* (São Paulo), 8 (1):2-12.
- JAPIASSU, H., 1976. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: IMAGO.
- JAPIASSU, H., 1981a. *O Mito da Neutralidade Científica*. Rio de Janeiro: IMAGO.

- JAPIASSU, H., 1981b. *Questões Epistemológicas*. Rio de Janeiro: IMAGO.
- KNIGHTS, D. & WILLMOTT, H., 1989. Power and Subjectivity at Work: from Degradation to Subjugation in Social Relations. *Sociology*, v. 23(4):535-58.
- KRAMER, S., 1994. A Formação do Professor como Leitor e Construtor do Saber. In: MREIRA, A.F. (Coord.), 1994. *Conhecimento Educacional e Formação do Professor*. Campinas: Ed. Papirus.
- KURZ, R., 1992. *O Colapso da Modernização (Da Derrocada do Socialismo de Caserna à Crise da Economia Mundial)*. São Paulo: Paz e Terra.
- L'ABBATE, S. Agentes de Trabalho / Sujeitos? Repensando a Capacitação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva. In: Ana Maria C. (Org.). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC / Abrasco.
- L'ABBATE, S., 1994. "Educação em Saúde: Uma Nova Abordagem. Cad. Saúde Públ. 10 (4): 481-90.
- LAURELL, A.C., 1997. *A Globalização e as Políticas de Saúde*. Tema/Radis, 15. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- LEÃO, E.C., 1992. A Ética do Desenvolvimento. In: Paulo. M. B. (Org.) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, v.1. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- LEFEBVRE, H., 1958. *Critique de la Vie Quotidienne*, v.I. Paris: Éditions L'Arche. (Introduction)
- LEFEBVRE, H., 1980. *La Présence et L'absence*. Paris: Casterman.
- LEITE, E.M., 1995. Educação, Trabalho e Desenvolvimento; O resgate da Qualificação. *Em Aberto*, ano 15 (65).
- LENGRAND, P., 1973. *Introducción a la Educación Permanente*. Barcelona: Teide. Paris: UNESCO.
- LÊNIN, 1981. *Karl Marx e o Desenvolvimento Histórico do Marxismo*. Lisboa: Edições Avante.
- LIMA, E.C.A. de S., 1990b. O conhecimento Psicológico e suas Relações com a Educação. *Em Aberto*, 9, n.48. Brasília.
- LOFLAND, J., 1974. Styles of Reporting Qualitative Field Research. *The American Sociologist*, 9:101-11.
- LOWY, M., 1985. *Ideologia e Ciências Sociais: Elementos para uma Análise Marxista*. São Paulo: Cortez.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A., 1986. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- LUFTI, E.P. et al., 1996. As Representações e o Possível. In: MARTINS, J. de S. (Org.). São Paulo: Hucitec.

- LUSTOZA, C.F. & GRIBEL, E.B., 1997. *Instrumento de Avaliação da Produção de uma Unidade Básica de Saúde: O CSEGSF*. Curso de Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Mimeo.
- MACHADO, M.H., 1995. Sociologia das Profissões: Uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M.H. (Org.). *Profissões de Saúde: Uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- MACHADO, M.H., 1997. *Os Médicos no Brasil – Um Retrato da Realidade*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- MACHADO, M.H., MEDICI, A., NOGUEIRA, R.P. & GIRARDI, S.N., 1992. O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. Estrutura e Conjuntura. In: MACHADO, M.H. (Org.). *Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- MACIEL, R., 1979. *Educação Médica Continuada*, Simpósio do Ensino Médico, ANM, Rio de Janeiro: Mimeo.
- MACIEL, R., 1995. *Avaliação do Ensino Superior*. Zero Hora. 31 de Março. Opinião. Porto Alegre.
- MADEIRA, I.R., 1996. *A Visão Crítica dos Mestrados a Partir dos seus Egressos*. Rio de Janeiro. Mestrado em Saúde Pública. Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ. Mimeo.
- MALGLAIVE, G., 1995. *Ensinar Adultos*. Portugal: Porto Editora.
- MANDELLI, M.J., 1997. A Gerência dos Meios de Produção na Unidade da Rede Básica de Saúde: Um Enfoque Integrado da Administração de Materiais, Serviços Gerais, e Orçamentária-Financeira. In: SANTANA, J.P. (Coord.), 1997. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília: OPS.
- MARIN, A.J., 1995. Educação Continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. *Cadernos CEDES*, 36:13-20.
- MARTÍNEZ, A.M., 1995. *Creatividad , Personalidad y Educación*. Madrid: Editorial Pueblo y Educación.
- MARX, K., 1971. *O Capital*. Livro I, v.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- MARX, K., 1979. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Cortez.
- MARZOCHI, K.B.F., 1986. *Discurso de Posse*. Direção do Hospital Evandro Chagas/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Mimeo.
- MARZOCHI, K.B.F., 1997. *A Construção da Pesquisa Clínica*. Rio de Janeiro. Mimeo.
- MEDICI, A., 1987. Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho Médica no Brasil na Década de Setenta. In: MEDICI, A. (Org.). *Recursos Humanos em saúde*.

Textos de Apoio. Planejamento 1. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO/FIOCRUZ.

- MELLO, G.N. de MAIA et al., 1983. As atuais condições de formação do professor de 1(grau: Algumas reflexões e hipóteses de investigação. *Cadernos de Pesquisa* (São Paulo), 45:71-8.
- MENDES, E. V. (Org.), 1993. Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. & SCHRAIBER, L.B., 1991. Seis Teses Programáticas. In: *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec.
- MENDES-GONÇALVES, R.B., 1984. *Medicina e História. Raíces Sociales del Trabajo Médico*. México: Siglo Veintiuno.
- MENDES-GONÇALVES, R.B., 1994. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- MENENDEZ, E., 1986. La Salud como Derecho Humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una practica diferenciada. *Cuadernos Medico-Sociales* (Argentina), 37:19-26. 
- MENENDEZ, E.L., 1993. Familia, Participación Social y Proceso Salud – Enfermedad / Atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica. In: DENMANC, A. (Coord.). *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de Investigación en Mexico*. México: Colégio de Sonora. p.130-62.
- MERCER, H., BRITO, P. & VIDAL, C., 1992. El Contexto de los Procesos Capacitantes. In: *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Americas*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 79. Fascículo II. Brasília: OPS.
- MERRIAM, S.B., 1988. *The Case Study Research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MINAYO, M.C. de S., 1991a. Interdisciplinaridade: Uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina* (Ribeirão Preto/SP), 24(2):70-7.
- MINAYO, M.C. de S., 1991b. Um Desafio Sociológico para a Educação Médica (Representações Sociais de Saúde-Doença). *Rev. Bras. Ed. Médica* (Rio de Janeiro), 15(113):25-32.
- MINAYO, M.C. de S., 1992a. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- MINAYO, M.C. de S., 1992b. Quantitativo e Qualitativo em Indicadores de Saúde: Revendo Conceitos. *Anais do II Congresso de Epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MONTALI, 1991. Família e Trabalho na Conjuntura Recessiva. *São Paulo em perspectiva*, 5(1).

- MORIN, G., 1996. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil.
- MULLER, A.K., 1989. La Educación a distancia como opción metodológica para el desarrollo de procesos permanentes de educación para los recursos humanos en salud. *Educ. Med. Salud*, 21(1):59.
- NOGUEIRA, R.P., 1987. *A Força de Trabalho em Saúde*. Maria Helena, M. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde*. Textos de Apoio. Planejamento 1. Rio de Janeiro: ENSP / ABRASCO / FIOCRUZ.
- NOGUEIRA, R.P., 1992. Emprego em Saúde por Natureza Jurídico-Administrativa dos Estabelecimentos, 1981-1987. RH-SUS. *Boletim Informativo* (MS, Brasília), 1(1):8-9.
- NOGUEIRA, R.P., 1997. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: José, P.S. (Coord.). *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília: OPS.
- NÓVOA, A., 1991. Concepções e Práticas de Formação Contínua de Professores. In: *Formação Contínua de Professores: realidades e perspectivas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- NÓVOA, A., 1992. Formação de Professores e Profissão Docente. In: NÓVOA, A. (Org.). *Os Professores e sua Formação*. Lisboa: Publicações Don Quixote.
- NUNES, E.D., 1989. *Juan Cesar Garcia - Pensamento Social em Saúde na America Latina*. São Paulo: Cortez.
- OFFE, C., 1989. *Trabalho & Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro do Sociedade do Trabalho*, v. I. A Crise. Rio de Janeiro: Tempo Universitária.
- OFFE, C., 1991. *Trabalho & Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro do Sociedade do Trabalho*, v. II. Perspectivas. Rio de Janeiro: Tempo Universitária.
- OMS / OPS. BRASIL. 1996. *Renovação da Estratégia de Saúde Para Todos. Elaboração de uma Política de Equidade, Solidariedade e Saúde*. Brasília-Rio de Janeiro: OPS-BRASIL e FIOCRUZ.
- OMS / UNICEF, 1978. *Cuidados Primários de Saúde*. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, URSS. Brasília.
- OMS, 1986. *Leadership for Primary Health Care – Levels, Functions, and requirements Based on Twelve Case Studies* PHP, nº 82. Geneva: WHO.
- OMS, 1996a. *The Status of School Health*. Washington: OMS.
- OMS, 1996b. *Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies*. Genebra: OMS.
- OMS, 1997. *Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*.

- OMS, 1998. *Health for All in the 21 st Century*. Geneva: WHO.
- OPS., 1990. Investigación en Apoyo a Procesos Educativos Permanentes. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n.86.
- OPS/OMS, 1996. Escuelas Promotoras de la Salud- Modelo y Guia para la Accion Basados en la Experiencia LatinoAmericana y Caribena. Washington: OMS
- ORTEGA, J. y GASSET, 1984. *Qué es Conocimiento?* Madrid: Alianza Editorial.
- ORTIZ, R. (Coord.), 1983. *Pierre Bordieu*. São Paulo: Ática.
- PAIM, J 1993a. Marco de Referência para um programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, 17(3):7-13.
- PAIM, J. & NUNES, T.C.M., 1992. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cad. de Saúde Públ.* 8(3).
- PAIM, J., 1993b. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, V.E. (Coord.), 1993. *Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- PARGA NINA, L. & KUNTZ, A., 1984. *Configuração de Situação de Pobreza*. Relatório (dez. 82/nov. 84). Rio de Janeiro. Mimeo.
- PASOLINI, P.P., 1990. *Os Jovens Infelizes*. São Paulo: Brasiliense.
- PEIXOTO, M. do C.L., 1992. Associação Ensino-Pesquisa na Universidade: Caminhos de um Discurso. *Educação e Sociedade* (Campinas/SP), 41:126-40.
- PERRENOUD, P., 1993. *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação: Perspectivas Sociológicas*. Lisboa: Publicações Don Quixote.
- PIAGET, J., 1973. *A Linguagem e o Pensamento na Criança*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.
- PICONEZ, S.C.B., 1991. A prática de ensino e o estágio supervisionado: A aproximação da realidade escolar e a prática da reflexão. In: PICONEZ, S.C.B. (Org.). *A prática de ensino e o estágio supervisionado*. Campinas/ SP: Papyrus.
- RAMOS BARBIERI, M., 1988. Ensino de Ciências nas Escolas: Uma questão em aberto. *Em Aberto* (Brasília), ano 7, out.-dez., 40:17-24.
- RAMOS BARBIERI, M., 1991. Ensino de Ciências no primeiro grau. São Paulo: FDE, Diretoria Técnica. Série Idéias, 11:129-38.
- RAMOS BARBIERI, M., 1994. Agentes Interlocutores da Escola. São Paulo: FDE, Diretoria Técnica. Série Idéias, 23:91-7.
- RAMOS BARBIERI, M., 1995. *O Processo Educacional na Construção do Trabalho Científico*. LEC-FFCLRP/USP, Ribeirão Preto/SP: Mimeo.

- RAMOS BARBIERI, M., 1997. *Formação Pedagógico-Didática*. Simpósio Nacional de Pós-Graduação na Área Médica, Ribeirão Preto / SP: Mimeo.
- RAMOS BARBIERI, M., CARVALHO, C.P. de, UHLE, A.B., 1995. Formação Continuada dos Profissionais de Ensino. Algumas considerações. 1.ed.. *Caderno CEDES36 – Educação Continuada*, 29-35.
- RIOS, T.A. (Org.), 1995. Ética e Interdisciplinaridade. *A Pesquisa em educação e as Transformações do Conhecimento*. Campinas/SP: Papirus.
- ROCHA, G.W., 1992. *A Atenção Primária e o Ensino Pediátrico de Graduação*. Rio de Janeiro. (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz. Mimeo.
- RODRIGUES, A y ESTEVES, M., 1993. *A Análise de Necessidades na Formação de Professores*. Porto Alegre: Ed. Porto.
- RODRIGUES, L. A. J., KAYANO, R., LIPPE, T. & SCRHAIBER, L. B., 1996. Interações com Usuários na Unidade Básica de Saúde. In: SCHRAIBER et al. (Org.). *Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: HUCITEC.
- SABEL, C. e PIORE, M., 1984. *The Second Industrial Divide*. Nova York: Basic Books.
- SABROZA, P. et al., 1992. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. Alguns Conceitos Fundamentais. In: SABROZA, P. (Org.). *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, v.1. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- SAFFIOTI, HELEIETH, I.B., 1996. A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e realidade. Petrópolis: Vozes.
- SAMAJA, J. et al., 1979. “Estratégias Pedagógicas del Nuevo Curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas”. *Rev. C.A. de Ciencias de la Salud* (Honduras), 13:173-89.
- SANTANA, J.P. & GIRARD, S.N., 1992. Recursos Humanos em Saúde. Reptos Atuais. *Cadernos da Nona*, 1:103-6, Brasília.
- SANTANA, J.P. (Coord.), 1997. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília: OPS.
- SANTOS, L.L. de., 1995. Formação do Professor e Pedagogia Crítica. In: SANTOS, L.L. de., (Org.), 1995. *A Pesquisa Educacional e as Transformações do Conhecimento*. Campinas/SP: Papirus.
- SANTOS, M., 1994. *Novos Rumos da Geografia Brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- SANTOS, M., 1996. *O Espaço e o Cidadão*. São Paulo: Nobel.
- SANTOS, M., 1997. *A Natureza do Espaço –Técnica e Tempo – Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec.

- SARTRE, J.P., 1970. *Crítica de la Razón Dialéctica*. Tomo I. Buenos Aires: Editorial Losada.
- SCHEPES-HUGHES, N., 1984. *Infant Mortality and Infant Care: Cultural and Economic Constraints on Nurturing in North-East Brazil*.
- SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B., 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária.. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). *Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade de Saúde*, São Paulo. HUCITEC.
- SCHRAIBER, L.B., 1990. Programação Hoje: A Força do Debate. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.), 1990. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec.
- SCHRAIBER, L.B., 1991. A Pesquisa em Educação Médica. *Rev. Saúde em Debate* (Londrina), 5:51-4.
- SCHRAIBER, L.B., 1996. *Integrando as Ações Programáticas*. Seminário Construindo um Modelo de Assistência, Ensino e Pesquisa para o CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Mimeo.
- SCHWARTZ, 1977. *Une Autre École*. Paris: Flammarion.
- SILVA, A.M., 1990. *Amamentação: Fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas de aleitamento na sociedade brasileira*. Ribeirão Preto, São Paulo. Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- SILVA, T.T. da, 1992. *O Que Produz e o Que Reproduz em Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SIMMEL, G., 1971. *On Individuality and Social Forms*. Chicago: The University of Chicago Press.
- SOUZA, A.M.A., GALVÃO, E.A. & SANTOS, I., 1990. El proceso educativo. In: *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Americas, Desarrollo de Recursos Humanos*, v.4. Washington: OPS.
- SOUZA, H de (BETINHO), 1991. *Escritos Indignados: Democracia e Neo-Liberalismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Rio Fundo/IBASE.
- SPAGNOLO, F. & GÜNTHER, H., 1986. 20 Anos de Pós-Graduação: o que fazem nossos Mestres e Doutores? Uma Visão Geral. *Ciência e Cultura*, 38(10):1463-661.
- SZWARCWAL, D.C., LEAL, M. do C. & JOURDAN, A., 1992. Mortalidade Infantil: O Custo Social do Desenvolvimento Brasileiro. In: SZWARCWAL, D.C. (Org.). *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, v.II. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- TAVARES, M.F.L., VICENTIN, G., ADESSE, L., FONSECA, A .S. A ., PORTO, C. B. M. GRIBEL, E., FIGUEIREDO, M. C. B., 1996. *Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria: Construindo um Modelo de assistência, Ensino e*

Pesquisa. Documento preliminar. CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Mimeo.

TAVARES, M.F.L., 1990. *A Construção Social do Saber Pediátrico ao Nível de Graduação - Uma Contribuição ao seu Estudo*. Dissertação de Mestrado, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro: Mimeo.

THIOLLENT, M., 1982. *Crítica metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. São Paulo: Polis.

TRIVIÑOS, A.N.S., 1995. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.

VAITSMANN, J., 1989. *Biologia e História (ou Porque a Igualdade é Possível)*. In LABRA, M.E. (Org.). *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco.

VAITSMANN, J., 1994. *Flexíveis e Plurais – Identidade, Casamento e Família em Circunstâncias Pós-Modernas*. Rio de Janeiro: Rocco.

VASCONCELOS, V., 1997. *Da Pediatria à Saúde da Criança: Estudo da Produção Científica dos Mestrados no Brasil (1971 a 1995)*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Alagoas. Maceió: Mimeo.

VÁZQUEZ, A.S., 1968. *Filosofia da Práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

VYGOTSKY, L.S., 1984. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes.

VYGOTSKY, L.S., 1987a. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

WEBER, M., 1969. *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. Barcelona: Ed. Península.

ZEITEL, R. de S., 1992. *A Tecnologia no Ensino Pediátrico de Graduação: Contribuição ao seu Estudo*. Rio de Janeiro. Mestrado em Saúde Pública. Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ. Mimeo.

ANEXOS



ANEXO 1

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS DO CSEGSF ANALISADOS

Estudos de Demanda:

FIGUEIREDO, M.C.B., 1992. *Estudo de Demanda Ambulatorial*. Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

JONATHAS, P. e GALVÃO, G., 1986. *Estudo de Demanda da UTGSF*. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

PAIXÃO, A. R., FONSECA, A. S. de A. e TAVARES, M. F. L., 1992. *Estudo da Demanda Ambulatorial em um Centro de Saúde Escola, no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto*. Curso de Especialização em Saúde Pública. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

Parecer Técnico:

COHEN, C. S., SILVA, C.G.T., LIMA, Z.F.C., IZAÚ, V. R. e ARRUDA, M. S., 1997. "O Complexo de Manguinhos". *Parecer técnico, biênio 95-97. Projeto Universidade Aberta*. Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental. ENSP / FIOCRUZ.

Documento Preliminar:

TAVARES, M. F. L. e VICENTIN, G., ADESSE, L., PORTO, C.B. M. e SOARES, S. M., 1996. *O CSEGSF: – Construindo um Novo Modelo de Assistência, Ensino e Pesquisa*. Apresentado no Seminário "O CSEGSF: – Construindo um Novo Modelo de Assistência, Ensino e Pesquisa".

Relatórios Técnicos:

FIGUEIREDO, M.C.B. e GRIBEL, E. B., 1989. Relatório Final do "Seminário de Avaliação e Perspectivas do CSEGSF". CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

FONSECA, A. S. de A., FIGUEIREDO, M.C.B. e TAVARES, M. F. L., 1993. Relatório de Atividades da Assistência do CSEGSF. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

TAVARES, M. F. L. e VICENTIN, G., 1996. Relatório Final do Seminário: "O CSEGSF – Construindo um Novo Modelo de Assistência, Ensino e Pesquisa". CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

TAVARES, M. F. L., 1995. Relatório da Coordenação de Ensino e Pesquisa – biênios 94-95. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

TAVARES, M. F. L., 1997. Relatório da Coordenação de Ensino e Pesquisa – biênios 96-97. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

Monografias:

CARVALHO de, A. L. G., MATTOS de, E. A. e ALVES, E. M., 1994. *Manual de Procedimentos Básicos em Biossegurança, aplicado ao Laboratório do CSEGSF*. Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Mimeo.

FARIA de, R. M. O., 1996. *Redes de Ajuda: Estratégias de Manutenção da Opção de Amamentar*. Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

FERREIRA, A. N., RIETRA, R. de C. P. e PACHECO, S. J. B., 1996. *Estudo da Cobertura Vacinal em Menores de 5 anos no Parque Oswaldo Cruz*. Curso de Especialização em Saúde Pública. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

LIMA, S. do S., 1997. *Prevalência de Parasitoses Intestinais (Helmintíases) no CIEP Presidente Juscelino Kubitschek, em Mangueiras*. Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

LUSTOSA, C. F. e GRIBEL. E. B., 1997. *Instrumento de Avaliação da Produção de uma Unidade Básica de Saúde: O CSEGSF*. Curso de Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

Documentos Internos:

FIGUEIREDO, M.C.B. e GRIBEL. E. B. 1997. Descrição da Área e da População. In: BUSS, P.M. (Org.). Projeto: *Desenvolvimento Humano Sustentável em Nível Local da Perspectiva da Saúde*. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

FIGUEIREDO, M.C.B., GRIBEL. E. B., NAGEM, V. e JUNIOR, L., 1996. *Sistema de Informação Geográfica – CSEGSF / ENSP: Área de Abrangência*. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

GRIBEL. E. B. e CARIDADE, C. M., 1998. *Dados de Produção do CSEGSF, Janeiro à Março de 1998*. Coordenação de Informação / CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

Projetos em Andamento:

BUSS, P. M., FERREIRA, J. R., FONSECA, L. E., CYNAMON, S. E., MONTEIRO, T. e TAVARES, M. F. L. *Desenvolvimento Humano Sustentável em Nível Local da Perspectiva da Saúde*. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

TAVARES, M. F. L., LIMA, S. de R., BARBOSA, S. R. V., ALMEIDA de, J. B., SILVA da, M. B., ANDRADE de, S. N., OLIVEIRA de, M. F. T., BAPTISTA, M. K., OLIVEIRA, I. V. e LEMME, A. F. *Saúde Escolar / Escolas Promotoras de Saúde: Parasitoses em Escolares de Mangueiras, Novos Métodos de Controle*. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Mimeo.

Artigos Científicos:

ADESSE, L., BARBIERI, M. A. e TAVARES, M. F. L., 1997. *CSEGSF como Local de Fortalecimento da Amamentação*. CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro:Mimeo.

ARTMANN, E., AZEVEDO, C. da S. e SÁ, M. de C., 1997. *Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: Análise Comparada de Duas Experiências*. DAPS / ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro:Mimeo.

ANEXO 2

REFERÊNCIAS SOBRE OS ENTREVISTADOS DO CSEGSF

- E.MP(04)** Médicas Pediatras com Especialização em Saúde Pública (03), em Medicina Familiar (01) e com Mestrado em Saúde da Criança (02). Egressas de Escolas Médicas de Universidades Públicas (03) e de Universidade Particular (01). Têm, em média, de 15 a 18 anos de formadas, sendo do quadro funcional (02) e pesquisadoras visitantes bolsistas (02), cujo tempo de trabalho no CSEGSF varia de 02 a 10 anos.
- E.MC(02)** Médicos Clínicos com Especialização em Doenças Infecciosas e Parasitárias, em Medicina do Trabalho e em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas (01) e com Especialização em Saúde Pública, Tisiopneumologia, com Mestrado em Saúde Pública e Doutorando em Saúde Pública (01). Egressos de Escolas Médicas de Universidade Pública (01) e de Universidade Particular (01). Têm, em média, de 17 a 23 anos de formados, sendo do quadro funcional (01) e pesquisador visitante bolsista (01) e cujo tempo de trabalho no CSEGSF varia de 02 a 11 anos.
- E.E(02)** Enfermeiras com Especialização em Saúde Pública (02), em Saúde do Trabalhador (01), em Análise de Sistemas (01) e em Desenvolvimento Gerencial (02). Egressas de Escolas de Enfermagem de Universidade Pública (01) e de Universidade Particular (01). Têm, em média, de 12 a 14 anos de formadas, sendo do quadro funcional (02) e cujo tempo de trabalho no CSEGSF varia de 08 a 12 anos.
- E.N(02)** Nutricionistas com Especialização em Saúde Pública (01), com Mestrado em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Pública (01). Egressas de Escolas de Nutrição de Universidades Públicas (02). Têm, em média, de 07 a 13 anos de formadas, sendo do quadro funcional (01) e docente da graduação de nutrição social da UERJ, por convênio de cooperação técnica, cujo tempo de trabalho no CSEGSF varia de 01 a 02 anos.
- E.AS(02)** Assistentes Sociais com Especialização em Saúde Pública (01), com

Mestrado em Serviço Social (01). Egressas de Escolas de Serviço Social de Universidades Particulares (02). Têm, em média, de 05 a 13 anos de formadas, sendo do quadro funcional (02), cujo tempo de trabalho no CSEGSF varia de 02 a 18 anos.

- E.P(02)** Psicólogas com Especialização em Saúde Pública em Sistemas de Informação, em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas (01), com Formação em Psicologia Clínica. Egressas de Escolas de Nutrição de Universidade Pública (01) e de Universidade Particular (01). Têm, em média, de 12 a 23 anos de formadas, sendo do quadro funcional (01) e bolsista de aperfeiçoamento profissional (01), cujo tempo de trabalho no CSEGSF varia de 05 a 12 anos.
- E.F(01)** Farmacêutica com Especialização em Saúde Pública e em Indústria Farmacêutica, com Mestrado em Saúde Pública. Egressa de Escola de Farmácia / Bioquímica de Universidade Pública. Tem 21 anos de formada, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 01 ano.
- E.FN(01)** Fonoaudióloga com Especialização em Fonoaudiologia. Egressa de Escola de Fonoaudiologia de Universidade Particular. Tem 20 anos de formada, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 10 anos.
- E.O(01)** Odontólogo. Egresso de Escola de Odontologia de Universidade Pública. Tem 23 anos de formado, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 04 anos.
- E.B(01)** Bióloga com Especialização em Laboratório de Saúde Pública e em Microbiologia. Egressa do Curso de Biologia de Universidade Particular. Tem 07 anos de formada, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 11 anos.
- E.A(01)** Administrador com Especialização em Desenvolvimento Gerencial. Egressa de Escola de Administração de Universidade Particular. Tem 03 anos de formada, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 12 anos.
- E.AE(02)** Auxiliares de Enfermagem, com cursos de atualização sistemática específicos pós-formação (02). Egressas de Escolas Técnicas de Enfermagem. Têm, em média, de 08 à 14 anos de formadas, sendo bolsistas de aperfeiçoamento profissional (02) e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 05 anos.

- E.VS(01)** Visitadora Sanitária, com cursos de atualização sistemática específicos. Egressa de Curso de Formação de Agente de Saúde. Tem 11 anos de formada, sendo do Quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 10 anos.
- E.AG(01)** Agente de Saúde, com cursos de atualização sistemática específicos. Egressa de Curso de Formação de Agente de Saúde. Tem 11 anos de formada, sendo do Quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 10 anos.
- E.ARM(01)** Auxiliar de Registros Médicos, com Graduação em Pedagogia, Especialização em Desenvolvimento Gerencial e em Código Internacional de Doenças (Registros Médicos). Egresso de Curso de Pedagogia de Universidade Particular. Tem 05 anos de formado, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 10 anos.
- E.AA(01)** Auxiliar de Administração, em formação de 2º Grau no Programa de Ensino Supletivo FIOCRUZ / MEC. Egresso de Curso de 1º Grau de Escola Pública, sendo do quadro funcional e cujo tempo de trabalho no CSEGSF é de 13 anos.

ANEXO 3

PROTOCOLO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PROTOCOLO Nº----- DATA ---/---/---

INFORMANTE (característica principal que o distingue, visando sua referência)

DADOS CONCRETOS

1. Identificação

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Ano da formatura
- 1.4. Escola de graduação

2. Formação Profissional

- 2.1. Residência / Especialização / Estágios
 - 2.1.1. Área
 - 2.1.2. Local
 - 2.1.3. Anos / Duração
- 2.2. Formação Específica para o Atual Posto de Trabalho

3. Vida Profissional

- 3.1. Postos
- 3.2. Natureza do Empregador
- 3.3. Carga Horária

4. Trabalho no CSEGSF

- 4.1. Início
- 4.2. Funções Formais

- 5. *Descrição das Atividades de Rotina em uma Semana Normal*
 - 5.1. Conteúdo
 - 5.2. Local
 - 5.3. Modo de Realização
 - 5.4. Horários
 - 5.5. Finalidades

- 6. *Descrição das Atividades Ocasionais / Eventuais mais Significativas*
 - 6.1. Conteúdo
 - 6.2. Local
 - 6.3. Modo de Realização
 - 6.4. Horários
 - 6.5. Finalidades

- 7. *Descrição dos Programas e Subprogramas do CSEGSF, Considerando os Seguintes Termos*
 - 7.1. Demanda Manifesta
 - 7.2. Demanda Reprimida
 - 7.3. Alocação de Recursos Humanos
 - 7.4. Alocação de Recursos Materiais

- 8. *Distribuição, em Percentagem, das Atividades de cada Programa Desenvolvido pelo CSEGSF, entre “Rotina e Eventuais”*

- 9. *Especificação de Possíveis Padronizações de Conduta dentro dos Programas e Modo como se Dá a Avaliação do Cumprimento das Metas do Programa*

- 10. *Explicação pelo Entrevistado, de Mecanismos de Atualização / Aperfeiçoamento / Especialização / Outros para os Trabalhadores do CSEGSF com os Seguintes Detalhamentos*
 - 10.1. Eventual
 - 10.2. Permanente

- 10.3. Específico
- 10.4. Geral
- 10.5. Funcionamento
- 10.6. Modo como se estabelece sua Necessidade
- 10.7. Modo como se relaciona com as Ações Programáticas
- 10.8. Modo como se avalia sua Operação

PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS

- a) Você pode me contar, caso se lembre, com que idéias e expectativas você se decidiu por essa profissão? Ano?

- b) Qual foi seu primeiro contato com crianças? E na formação, onde foi?

- c) Você pode me falar das crianças com as quais lidou e tratou até hoje?
Que tipo de crianças? (não só relacionadas com doenças)
De onde vinham?
Quem as acompanhava?
Como era que viviam?
Como eram suas relações familiares?
E seu crescimento e desenvolvimento?

- d) Quais são os motivos pelos quais as crianças e suas famílias vêm ao CSEGSF?

- e) Você pode me dizer quais são as principais estruturas familiares das crianças que atende aqui? E quanto às dinâmicas dessas famílias?

- f) Você conhece as condições e estilo de vida das crianças e suas famílias que são atendidas no CSEGSF? Quais são?

- g) Qual é seu conceito de criança? E de saúde da criança?

- h) Em sua opinião, quais são as ações necessárias para o alcance da saúde da criança?

- i) Você poderia me dizer se há diferenças significativas entre a atenção à saúde da criança que é prestada nos postos / centros de saúde e a que ocorre no hospital? Em caso afirmativo, quais são elas?
- j) Para você há formação, isto é, produz-se um saber no cotidiano de sua prática no CSEGSF? Em caso afirmativo ou negativo, por quê? Em caso afirmativo como isso acontece?
- k) Qual é o corpo de conhecimentos que você mais utiliza para atender às necessidades manifestas pelas crianças e suas famílias?
- l) Você sente necessidade de complementaridade à sua ação de saúde? Com que frequência? Em que situações? E quais são elas?
- m) Há espaço no CSEGSF (real ou virtual) para a ação multi / interprofissional? Em caso afirmativo, como é utilizado? Em caso negativo, é possível criá-lo?
- n) Qual é seu conceito de formação continuada?
- o) Quais são as necessidades formativas que vê para os trabalhadores de saúde que lidam com a saúde da criança, na formação inicial? E na contínua?
- p) E para você, especificamente? (Detalhar para as duas etapas acima)
- q) Em sua opinião, quais são os principais marcos de referência para o desenvolvimento de uma metodologia de formação continuada? E qual sua utilidade para a assistência, o ensino e a pesquisa? E para o trabalhador de saúde?

ANEXO 4

ESQUEMA GERAL PARA REALIZAR ANOTAÇÕES NO DIÁRIO DE CAMPO NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

(Primeira Página)

Nome da pesquisa:

Nome do observador:

Tipo de observação

Assunto observado:

Nº. da observação:

Local:

Dia:

Mês:

Ano:

Hora:

Duração:

Data da realização do comentário crítico:

OBS. As páginas seguintes devem conter o registro das observações e o comentário crítico sobre as mesmas.

ANEXO 5

REFERÊNCIAS SOBRE OS COMPONENTES DOS GRUPOS FOCAIS

GRUPO FOCAL - MÃES (Gr. Mães):

| | |
|-----------------------------|---|
| Componentes (nº) | 04 |
| Idades | Entre 25 e 41 anos |
| Número de Filhos | Entre 03 e 04 filhos |
| Local de Moradia | Complexo de Manguinhos |
| Dinâmicas Familiares | Família nuclear (03) e família chefiada por mulher (01) |
| Frequência ao CSEGSF | A partir do primeiro filho (02) e desde a infância (02) |

GRUPO FOCAL – PROFESSORAS DAS ESCOLAS (Gr. Prof. Escolas):

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| Componentes (nº) | 04 |
| Tempo de Formada | Entre 06 e 12 anos |
| Tempo de Trabalho na Escola | Entre 03 e 10 anos |
| Formação na Área da Saúde | Cursos de curta duração |

GRUPO FOCAL – TRABALHADORES DE SAÚDE (Gr. Trab):

| | |
|--|---|
| Componentes (nº) | 04 |
| Categorias Profissionais / Especialização | Médico (Residência e Mestrado em Pediatria), Auxiliar de Enfermagem (Especialização em Técnica de Imunização, Nutricionista (Especialização em Saúde Pública e Assistente Social. |
| Tempo de Formado | entre 10 e 15 anos |
| Tempo de Trabalho | entre 06 e 10 anos |

GRUPO FOCAL – PROFESSORES DA ENSP (Gr. Prof. ENSP):

| | |
|----------------------------------|--|
| Componentes (nº) | 06 |
| Graduação / Pós-Graduação | Médicos (04), Pedagogo (01), Sociólogo (01) / Mestres em Saúde Pública (03), Mestre em Ciências Sociais (01), Doutor em Saúde Pública (01), Doutor em História (01). |
| Tempo de Formado | entre 33 e 22 anos |
| Tempo de Trabalho na ENSP | entre 11 e 26 anos |

ANEXO 6

REFERÊNCIAS SOBRE AS CATEGORIAS EMPÍRICAS QUE BALIZARAM A SEGUNDA REUNIÃO DOS GRUPOS FOCAIS

GRUPO FOCAL - MÃES (Gr. Mães):

O CSEGSF

Conceito de Criança

Conceito de Saúde da Criança

GRUPO FOCAL – PROFESSORAS DAS ESCOLAS (Gr. Prof. Escolas):

O CSEGSF

Conceito de Criança

Conceito de Saúde da Criança / Escolar

GRUPO FOCAL – TRABALHADORES DE SAÚDE (Gr. Trab):

Atenção Primária de Saúde

Serviços Locais de Saúde como *locus* de Formação

Saúde da Criança, Formação Continuada e Marcos de Referência

GRUPO FOCAL – PROFESSORES DA ENSP (Gr. Prof. ENSP):

Atenção Primária de Saúde

Serviços Locais de Saúde como *locus* de Formação

Saúde da Criança, Formação Continuada e Marcos de Referência

ANEXO 7

PROTOCOLO DA ENTREVISTA ABERTA / HISTÓRIA DE VIDA

PROTOCOLO Nº----- DATA ----/----/----

INFORMANTE (característica principal que o distingue, visando sua referência)

DADOS CONCRETOS

1. Identificação

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Graduação
- 1.4. Escola de graduação
- 1.5. Ano de formatura

2. Pós-Graduação

3. Principais Tópicos da História de Vida da Trajetória de Formação e Profissional

BLOCO TEMÁTICO

- a) Mestrado em Saúde da Criança e Processo Educacional
- b) Conceito de Saúde da Criança
- c) Saúde da Criança – um tema ou um campo do conhecimento?
- d) Atenção Primária de Saúde – Nível Local e Nível Institucional
- e) Conceito de Formação Continuada
- f) Marcos Referenciais para a Formação Continuada de Trabalhadores para a Saúde da Criança em Nível Local

ANEXO 8

REFERÊNCIA SOBRE OS ENTREVISTADOS DO MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA

Prof. MSC – Professor do Mestrado em Saúde da Criança, Pediatras (03), Médico Sanitarista (01), Professores de Graduação e Pós-Graduação (01) e de Pós-Graduação (03). Desse grupo, exercem atividades de atenção à criança (02), de ensino e pesquisa (03) e de gerência em nível central (01). Foram fundadores e professores do Mestrado em Saúde da Criança e fizeram parte da Coordenação do Curso durante todo o período compreendido desde a fundação à 6ª turma (1987-96).