

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL - MESTRADO

Carlos Roberto de Lima Machado Júnior

A Formação Complementar dos Enfermeiros
do Sistema Público de Saúde de Santa Cruz do Sul
à Luz de Políticas Públicas de Capacitação

SANTA CRUZ DO SUL – FEVEREIRO – 2010

**A Formação Complementar dos Enfermeiros
do Sistema Público de Saúde de Santa Cruz do Sul
à Luz de Políticas Públicas de Capacitação**

Carlos Roberto de Lima Machado Júnior

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC como requisito para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.


SANTA CRUZ DO SUL – FEVEREIRO – 2010

Carlos Roberto de Lima Machado Júnior

**A FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DOS ENFERMEIROS DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SUL À LUZ DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
CAPACITAÇÃO**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.


Dr. Moacir Fernando Viegas
Professor Orientador


Dr. Mario Riedl


Dr^a. Ana Luisa Petersen Cogo

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS:

TABELA 1 – A Formação Universitária.....	36
TABELA 2 – A Formação Complementar.....	38
TABELA 3 – Uso de Programa Público para Obter a Formação Complementar.....	38
TABELA 4 – Benefício da Formação Complementar na Área de Trabalho Atual.....	40
TABELA 5 – Quantidade dos Programas de Formação Complementar.....	41
TABELA 6 – Facilidade de Acesso a Todos que Queiram Participar de Formação Complementar Pública.....	42
TABELA 7 – Sentir-se Contemplado por Formação Complementar Pública.....	44
TABELA 8 – Adequação à Realidade Regional.....	45
TABELA 9 – Participação na Implementação ou Criação de Capacitação Profissional Pública.....	49
TABELA 10 – Conhecimento das Decisões Políticas Sobre Capacitação na Área da Saúde.....	50
TABELA 11 – Participação em Conselho ou Movimento na Área da Saúde.....	50
TABELA 12 – Participação em Conselho ou Movimento de Outro Setor que não a Saúde.....	51
TABELA 13 – Acréscimo Profissional de Possuir Formação Complementar.....	52
TABELA 14 – Acréscimo Pessoal de Possuir Formação Complementar.....	54
GRÁFICO 1 – Necessidades Regionais na Saúde.....	47
GRÁFICO 2 – Responsabilidade pela Formação Complementar dos Enfermeiros.....	48
GRÁFICO 3 – Responsabilidade pela Gestão da Formação Complementar.....	49
FIGURA 1 - Localização do Município de Santa Cruz do Sul.....	12

LISTA DE ABREVIATURAS:

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAD	Educação a Distância
EUA	Estados Unidos da América
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Demitidos
REFORSUS	Reformulação do Sistema Único de Saúde
SIS	Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

O estudo tem com objetivo descrever e analisar a formação complementar dos enfermeiros que estão inseridos no sistema público de saúde do município de Santa Cruz do Sul à luz das políticas públicas de capacitação em saúde, assim como a forma como os mesmos a percebem, influenciando tanto no trabalho quanto na vida pessoal. Este estudo se caracteriza como um estudo de caso, exploratório descritivo, transversal, qualiquantitativo, tendo como instrumento entrevistas aplicadas face a face. Traz um pequeno histórico da educação em saúde iniciada na abertura política de 1986 e discute de que forma o trabalho se utiliza dessas ferramentas, os interesses que estão em jogo e a opinião de quem é alvo dessas políticas. O estudo nos possibilitou entrar em contato com a opinião e reflexão de profissionais que estão inseridos na assistência, reconhecidos pela literatura da política como “street level bureaucracy”, ou seja, aquele profissional que está na ponta do sistema e que dele depende diretamente a aplicação final das políticas de saúde. Os entrevistados consideram a formação complementar oferecida pelos programas públicos insuficientes, e possuí-la está ligado a uma necessidade de trabalho, que acaba sempre gerando acréscimo pessoal e profissional. A discussão realizada acerca dos dados levantados nos possibilita obter um indício de como está funcionando o trinômio saúde-trabalho-educação no SUS de Santa Cruz do Sul. E serve de ponto de partida para que possamos pensar em mudanças que melhorariam o sistema

Palavras-chave: Políticas Públicas, Educação em Saúde, Formação Complementar, Enfermagem

ABSTRACT

The study is an attempt to describe and analyze the complementary training of nurses in the public health system of Santa Cruz do Sul concerning public policies on health training, as well as how they perceive it, the influence on their work and personal life. This study is characterized as a case study, exploratory and descriptive, using interviews as a research tool. It consists of a brief history of health education started in the political opening of 1986 and discusses how the work uses these tools, the interests at stake and the opinion of the target of these policies. The study allowed us to get in touch with the beliefs and opinions of professionals who are placed in health assistance, recognized in the literature of politics as "street level bureaucracy", in other words, a Professional who is in front of the system and is in charge of the application of health policies. The interviewed consider the complementary training offered by public programs is inadequate, and posses it is a need for work, which always ends up creating incrise personal and professional. The discussion on the data collected allows us to obtain an indication of how the trinomial health-education-labor is functioning in Santa Cruz do Sul. The study serves as a starting point to consider changes in order improve the system.

Keywords: Public Policies, Health Education, Complementary Training, Nursing

AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar o meu muito obrigado ao Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional, Coordenadoria e Secretaria, por sempre serem gentis e prestativos durante esse processo e ao professor Moacir pela compreensão e sabedoria fundamentais para a conclusão deste estudo.

Em especial à minha querida esposa Cristiane Pimentel Hernandes Machado, principal incentivadora e apoiadora nessa extensa caminhada em busca da satisfação profissional e pessoal, que se apresentou mais bonita após o nascimento de Clara, que juntas formaram a dupla, até então, principal razão da minha existência.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
1 ELEMENTOS ESTRUTURANTES DA DISSERTAÇÃO	07
1.1 O Tema e sua Delimitação.....	07
1.2 O problema de Pesquisa.....	08
1.3 Objetivos da Investigação.....	09
1.4 Justificativa.....	09
2 O CENÁRIO	12
2.1 Caracterização do Município.....	12
2.2 A Formação Profissional no Brasil.....	14
2.3 Formação Complementar: Base Conceitual Norteadora.....	17
2.4 “Educação e Trabalho”: à Serviço da Cidadania ou do Poder Econômico?.....	22
2.5 O Modelo de Assistência à Saúde Pública em Vigência.....	25
3 METODOLOGIA	30
4 FORMAÇÃO COMPLEMENTAR NA ÁREA DE SAÚDE - As Políticas Públicas de Capacitação em Saúde e as Percepções dos Enfermeiros sobre sua Formação Complementar	34
4.1 A Formação Complementar, Conhecimento e Acesso aos Programas Públicos de Capacitação Existentes.....	36
4.2 A Adequação da Formação Complementar às Necessidades Regionais e a Participação na Implementação de Programas de Capacitação Pública.....	45
4.3 Os Significados e Significâncias da Formação Complementar.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	66

INTRODUÇÃO

O estudo se apresentará dividido em quatro capítulos que introduzem o tema através dos elementos estruturantes do trabalho, apresentam o palco territorial, trazem bases teóricas fundamentais para a discussão, mostram o escopo metodológico a ser trabalhado, discutem os dados coletados com seu tratamento e em seguida encerra com as considerações finais.

O primeiro capítulo traz ao leitor todos os elementos que estruturaram o estudo, delimitando o tema escolhido, apresentando o problema de pesquisa, quais os objetivos que nortearam o estudo e a sua justificativa.

No segundo capítulo será trabalhada a caracterização do município, que é de fundamental importância para situar o estudo no espaço de referência. A caracterização servirá para a localização e a discussão breve de alguns indicadores municipais. Este território oferece base para a discussão acerca das políticas públicas de capacitação profissional em saúde.

A implementação de políticas públicas gera situações conflitantes, compromissos e interesses diversos. Esse conjunto de interesses, muitas vezes, se expressa no conteúdo da política pública. Os agentes sociais, entre eles os profissionais da saúde, segundo Bourdieu (1983), são produtores e reprodutores do sistema no qual estão inseridos, não tendo domínio total sobre o seu resultado. O que nos permite dizer que na prática social existem, ao mesmo tempo, particularização, universalização e acesso ao coletivo através do individual.

Quando se fala da formação profissional no Brasil pretende-se trabalhar alguns elementos históricos da formação profissional de um modo geral e como ela se processou neste país, destacando-se seus traços marcantes, como a escravidão. Também apresenta alguns aspectos especiais quando falamos dos profissionais de saúde, por algumas discordâncias e semelhanças desses profissionais com os aspectos da formação geral do trabalho.

A discussão introdutória sobre educação e trabalho no contexto dos modelos de mercado e dos interesses que essa discussão contempla, são fundamentais para trazer o cerne do estudo em questão. Basicamente, é tratado como o capitalismo se utiliza de algumas questões que envolvem a capacitação, a importância do binômio “educação e trabalho” para o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores. Esta discussão explicita também a mudança nas formas de trabalho/conhecimento, tendo os conceitos de qualificação e de competência como expressão disso.

Para introduzir o leitor na discussão referente à saúde se apresentará um breve histórico de como chegamos ao modelo atual de saúde, partindo da abertura política de 1986 até as últimas ações estruturais, sejam elas sob o aspecto de leis ou consensos, onde se destaca a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica do SUS de 1990.

O terceiro capítulo trata da metodologia e da caracterização do estudo como um estudo de caso, que se utiliza de uma entrevista para a coleta dos dados. O tratamento dos dados será do tipo qualiquantitativo, onde se apresentarão tabelas com frequências relativas e absolutas e também a análise do conteúdo das entrevistas.

Como discussão balizadora da pesquisa, se apresenta no quarto capítulo, a capacitação em saúde e suas políticas públicas, como estão as

demandas, a situação de ofertas, interesses que estão em jogo e a opinião de quem é alvo dessas políticas, os enfermeiros, no caso de Santa Cruz do Sul. Como os mesmos entendem e se inserem nesse contexto de significações, conhecimento, adequação a sua realidade e participação efetiva ou complementar em capacitação.

1 ELEMENTOS ESTRUTURANTES DA DISSERTAÇÃO

1.1 O Tema e sua Delimitação

A formação complementar dos enfermeiros, assim como questionamentos sobre as atuais estruturas políticas e sociais de suporte educacional e de capacitação são tema deste estudo.

A forma como se processa a formação complementar, e como os profissionais entendem ou se inserem nessa realidade fazem parte da contextualização do processo político-cultural. Este processo é entendido como o cenário onde acontece o embate de interesses, harmoniosos e conflitantes, embasados na história e na cultura, iniciando a discussão de seu efeito na mobilização pública e civil para o surgimento de novas políticas de capacitação.

Discutir a formação complementar é discutir a sua posição em atender aos trabalhadores ou ao sistema do capitalismo, determinando quais são as características que a definem como qualificação profissional ou aquisição de competências para o mercado de trabalho.

A formação complementar está intimamente ligada à qualidade do serviço prestado, principalmente quando este serviço é específico, como é o caso da saúde. Neste contexto é importante discutir os aspectos do trabalho de uma maneira geral e nas particularidades relacionadas à saúde.

O estudo dessa formação traz à tona a discussão das políticas

públicas de capacitação ofertadas, assim como as limitações das mesmas, evidenciando o seu caráter imprescindível junto aos profissionais da saúde.

A formação complementar será entendida no sentido de educação adquirida após a formação básica, necessária para que o profissional possa exercer sua função, ou seja, posterior a obtenção de graduação, e que contém inserido o conceito de capacitação. Já a política a que se refere este estudo é a política que trata de conteúdos e atende interesses, diferenciando-se das questões relativas ao processo e ao ambiente político.

1.2 O problema de Pesquisa

O Estado formula políticas de formação complementar dos profissionais da saúde sob a forma de políticas públicas, como, por exemplo, o PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), os Pólos de Capacitação e o AprenderSUS, entre outros, no intuito de promover “adequação” da capacitação dos trabalhadores em saúde.

Devido à centralização das políticas de formação complementar, realizada pelo governo federal, o acesso a todos os profissionais fica prejudicado. Quando se formula políticas sem levar em conta as regionalizações e particularidades deixa-se de contemplar uma parcela importante dos profissionais, prejudicando no final do processo a própria sociedade.

É comum verificar-se que os profissionais inseridos neste contexto não possuem formação posterior ao nível superior, limitando-se a formação obtida com a graduação, e quando possuem esta formação posterior, muitas vezes, não está em consonância com a área de atuação.

A formação de recursos humanos adequados à atenção em saúde é uma das prerrogativas da Lei Orgânica do SUS. Portanto, questiona-se o que

tem sido feito no que diz respeito à formação complementar dos profissionais da saúde após mais de dezessete anos de Sistema Único de Saúde.

Enfim, pretende-se responder à seguinte questão: Como se caracteriza a formação complementar dos enfermeiros que trabalham no Sistema Único de Saúde em Santa Cruz do Sul e como essa formação complementar é percebida por esses trabalhadores?

1.3 Objetivos da Investigação

O objetivo geral deste estudo é descrever e analisar a formação complementar dos enfermeiros que estão inseridos no sistema público de saúde do município de Santa Cruz do Sul à luz das políticas públicas de capacitação em saúde, assim como a forma como os mesmos a percebem.

Para a viabilização do objetivo geral foram listados os seguintes objetivos específicos:

1- Descrever as políticas públicas de formação complementar ofertadas aos profissionais de saúde, quanto aos seus objetivos, alcance e proposições.

2- Analisar as percepções dos enfermeiros sobre sua formação complementar, no que diz respeito às necessidades, satisfações e modificações no âmbito do trabalho.

3- Analisar as percepções desses enfermeiros sobre possíveis mudanças que a formação complementar acarreta na vida pessoal.

1.4 Justificativa

Este estudo possibilitará conhecer a formação complementar dos enfermeiros do município de Santa Cruz do Sul, problemática essa que será

discutida e desvelada, tendo como pano de fundo as políticas de capacitação e como palco o Sistema Único de Saúde na realidade do município. É importante que os profissionais da área tenham conhecimento da sua formação complementar, para que possam, da sua maneira, gerenciar essa informação.

O município de Santa Cruz do Sul foi escolhido por ser considerado pólo regional, e abrigar a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e a 6ª Delegacia Regional de Educação. Possui também Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde 1998, através da Norma Operacional Básica SUS 01/96, e uma universidade que tem os principais cursos de graduação da área da saúde (Enfermagem, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Farmácia, Serviço Social, Educação Física e Biologia).¹

Os enfermeiros, como profissionais de saúde, ocupam importante papel na equipe multidisciplinar de atendimento no Sistema Único de Saúde. Estão presentes em todos os níveis de assistência e na maioria das equipes exercem cargo de coordenação, atuando diretamente na implementação de políticas públicas de saúde diversas. Portanto representam uma categoria de destaque quando pensamos em discutir educação, saúde e políticas públicas.

As instituições e sociedade civil precisam ser questionadas a cerca do seu comprometimento para com a capacitação, em busca de alternativas ao desenvolvimento, através de seus técnicos, pesquisadores, apoio pedagógico e parcerias com instituições de ensino regional. Também através dos dados coletados junto aos profissionais, objetos do estudo, poderá se perceber alguns determinantes da capacitação, delineando, dessa maneira, um quadro concreto da questão local.

1- Segundo a Resolução 287 de 1998 do Conselho Nacional de Saúde, foram definidas como profissionais da saúde os titulados em: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Podemos observar a precariedade da capacitação dos profissionais de nível superior em Santa Cruz do Sul. Pesquisa realizada por Weigelt (2001) aponta que 40,7% dos profissionais de saúde entrevistados relatam não possuir qualquer tipo de formação complementar na área de atuação atual e 66,7% dizem não obter acesso à capacitação nos serviços, ficando clara a importância e a necessidade em formação contínua para o trabalho. O estudo acima citado, porém, não pretendia se aprofundar na questão de formação complementar, no que diz respeito as suas características.

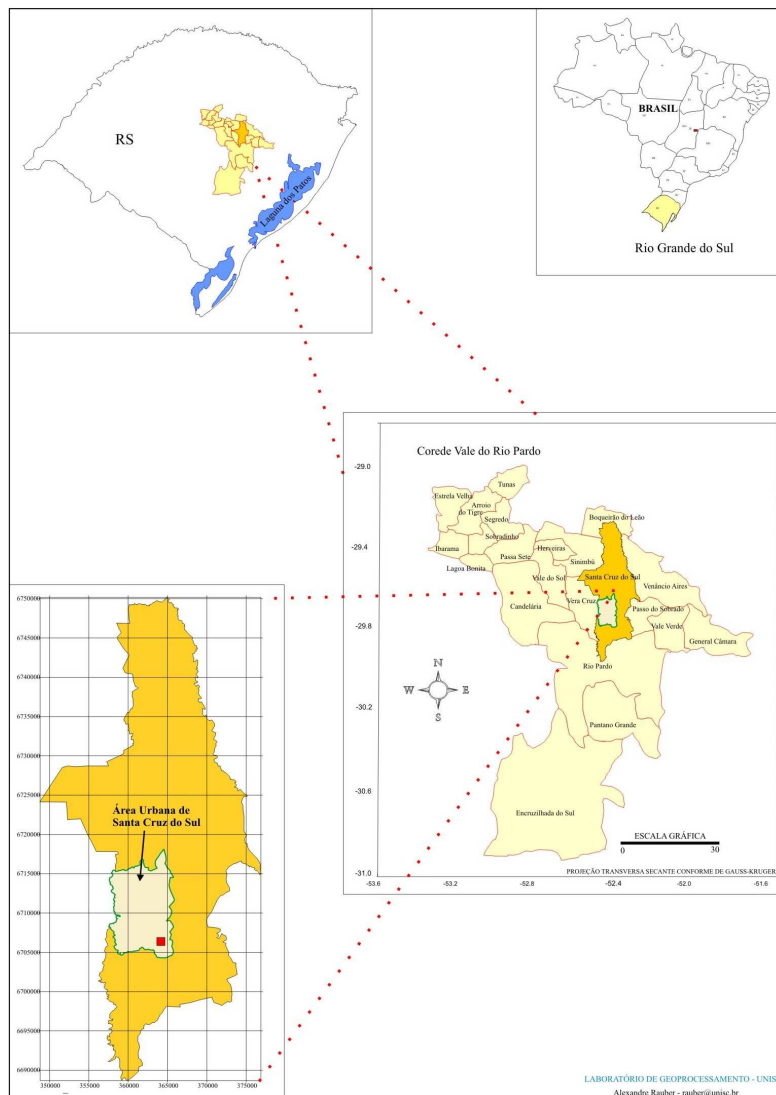
A discussão acerca das políticas públicas de formação complementar em saúde existentes, que tratam da formação complementar dos enfermeiros, atuantes no sistema público de atendimento ao usuário, no município de Santa Cruz do Sul, ajudam a visualizar alguns aspectos que possam definir a conjuntura a ser pesquisada.

O presente estudo também pretende servir de subsídio aos agentes sociais, que são pessoas ou instituições que participam das disputas nas diversas arenas políticas e ideológicas, envolvidos na elaboração e implementação de políticas públicas de capacitação, para que possam realizar o planejamento baseados em informações concretas, para a discussão acerca das perspectivas do desenvolvimento de políticas públicas em nível de formação complementar dos profissionais na área da saúde. O estudo se justifica pela necessidade da inclusão da sociedade civil organizada, na busca de descentralização destas políticas, frente às agruras do poder público, no intuito de regionalizar estas propostas para melhor atender os usuários e profissionais da saúde.

2 O CENÁRIO

2.1 Caracterização do Município

FIGURA 1: Localização do Município de Santa Cruz do Sul



FONTE: Geoprocessamento (UNISC)

Santa Cruz do Sul localiza-se na encosta sul do nordeste do estado, a 155 Km da capital (Figura 1). Tem, segundo o IBGE (2004) 107.501 habitantes, sendo que mais de 87% se encontra em área urbana, pequena predominância de mulheres com 55.458 habitantes do sexo feminino. Seu PIB alcança a cifra de R\$ 3.209.996,00, representando a 8ª posição do estado (FEE 2004). O município apresenta uma densidade demográfica de 160,50 Hab/Km² superando bastante a média do RS que é de 38,20.

Apesar de apresentar um PIB tão avantajado, segundo os dados da FEE (2006) a mortalidade infantil se encontra em 16,45/1000 nascidos vivos, superior a média estadual de 13,20 e a expectativa de vida (IBGE 2005) de 69,06 anos frente a 72,05 anos do RS. O analfabetismo se encontra em 4,71%, índice menor que a média gaúcha que é de 6,65. Porém, a evasão escolar é de 2,70%, superando a do estado, que se apresenta em 1,76%.

O Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD 2003) nos traz alguns contrastes num comparativo entre os anos de 1991 e de 2000, no que diz respeito às informações sobre o município. Com relação aos indicadores de pobreza, a porcentagem de indigentes passou de 4,1% para 5,3%. Quando se fala de crianças indigentes, o quadro piorou de 6,75% para 9,61%. A intensidade de indigência (índice monetário para completar o valor da cesta básica por família) pulou de 29,82 para 44,53 e a de pobreza (índice monetário para suprir as necessidades básicas por indivíduo) de 33,18 para 39,56. Contrastando com o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que de 0,754, no primeiro período, passou para 0,817, mais especificamente, o relativo à educação de 0,847 para 0,939, a renda de 0,716 para 0,767 e a longevidade de 0,699 para 0,745.

Quando analisamos os dados fornecidos pelo IDESE (2004) em um comparativo entre 2000 e 2004 encontramos um decréscimo da colocação do município em todos os itens. Destacam-se os índices relativos à Educação e

Saúde, onde a Educação de Santa Cruz do Sul no ano de 2000 apresentava índice de 0,858 e a 101ª colocação no estado e em 2004 mesmo aumentando o índice para 0,866 decaiu para a 162ª colocação. Em relação à Saúde o índice que em 2000 era de 0,852 e que colocava o município na 325ª colocação decaiu para 0,835 fazendo que a 373ª colocação fosse ocupada. Cabe lembrar que no Rio Grande do Sul existem 496 municípios.

Estes dados contrastantes demonstram que existe riqueza no município, dado demonstrado pelo PIB, porém ela encontra-se na posse de poucos, ou seja, não há distribuição de renda. A concentração de renda ocorre em uma pequena camada da sociedade ou até de fora do município, e a grande parcela da população vive a margem desta benesse, fato que fica claro quando entramos em contato com outros índices.

2.2 A Formação Profissional no Brasil

Não podemos escrever sobre trabalho humano sem nos determos por instantes na sua história e nos contextos sociais em que o mesmo está inserido. O Brasil foi submetido a um sistema colonizador, de submissão da população local (nativos), quando de sua “descoberta”. Este tipo de sistema era autoritário e recheado de violência e coerção, não respeitando valores culturais e tão pouco individuais. Posteriormente à subjugação quase que total dos índios brasileiros, introduziu-se no Brasil o sistema escravagista, o qual se instituiu por longos e penosos anos, configurando um dos maiores atrasos na evolução do processo de produção econômico-financeira e moral do país. O trabalho manual passou a ser ministrado aos escravos, passando os “homens livres” a desprezarem o ensino de ofícios (FONSECA 1961). Segundo o autor, esse pensamento foi difundido de tal maneira, que para desempenhar funções públicas, o candidato, como condição, não poderia ter trabalhado de forma manual anteriormente.

Após a abolição e a semi-escravatura dos imigrantes, estamos sempre atrasados em relação ao desenvolvimento econômico, e talvez no campo das relações trabalhistas e mercantis. Pois somente com a abertura dos portos em 1808 é que foi permitida a instalação de fábricas no Brasil (FONSECA 1961).

O trabalho possui, historicamente, uma aura de sofrimento ou de atividade que leva ao sofrimento, desgaste, consumo humano. Sempre no sentido da obtenção de lucro, que na maioria das vezes é destinado ao patrão, dono ou “detentor” dos meios de produção. Segundo Romanelli (1980) a mentalidade escravista não é uma exclusividade da elite, mas também um comportamento das massas, que após séculos se acostumaram a ligar trabalho com escravidão, fazendo com que a população não quisesse educação voltada para o trabalho.

Com o advento do Capitalismo, o trabalhador foi considerado um ser livre, apesar de pertencer ao contexto social de interesse burguês. Mais recentemente, com o movimento de globalização, cuja política neoliberal foi idealizada por Inglaterra e EUA, houve a despersonalização do trabalhador, a individualização, a competição. Essa política hoje começa a ser questionada, por sua ineficácia no crescimento econômico global, seu incentivo na diferenciação de economias e descaso com a solidariedade e o homem como ser.

Para Sordi e Bagnato (1998 p.83) todas as formações profissionais “mantêm estreita dependência com o mundo do trabalho, acabando por submeter-se, ainda que parcialmente, às exigências do mercado”, permanecendo, a prática na área de saúde, a obedecer à lógica tecnicista, com ênfase no “saber” e no “saber-fazer”, esquecendo freqüentemente do “saber-ser”. O autor cita que este contexto é conseqüência de uma sociedade que carece de solidariedade e age numa competitividade de duvidoso valor ético.

Para Costa et al (1995 p.262) é constante na trajetória da enfermagem

diversos “estigmas e preconceitos” que se reforçam pelo desempenho predominantemente manual da assistência e a fragilidade de ser exercida na sua maioria por mulheres configurando “um trabalho socialmente desvalorizado”. Sob a ótica cristã e patriarcal vigente na idade média, delegou-se a mulher uma atividade considerada menos importante que era o cuidado e a manutenção dos doentes e a organização do ambiente.

Para Paixão (1979) o início da “laicização” da enfermagem se deu no século XVI, com o movimento protestante de Lutero na Alemanha, Calvino na Suíça e Henrique VIII na Inglaterra, que corta relações com a igreja de Roma. Na Inglaterra houve expulsão das religiosas dos hospitais, sem nenhum plano de substituição, necessitando recrutar pessoal remunerado para o serviço em um curto espaço de tempo. O serviço era pesado com extensas jornadas, remuneração escassa, falta de organização e péssimas condições de trabalho.

A enfermagem começou a ser sistematizada como profissão em 1860 na Inglaterra, junto ao Hospital Saint Thomas, quando Florence Nightingale criou a primeira Escola de Enfermagem, com fundos próprios, advindos de sua participação na Guerra da Criméia.

A intenção de criar uma escola era estabelecer status de ciência à enfermagem, tornando a profissão mais técnica e substituindo a aura de precariedade do cuidado, muitas vezes exercido por obrigação ou por indivíduos de moral duvidosa (prostitutas, alcoolistas, etc...). Para tanto a seleção de alunas fixou-se nas classes médias, alta e procedentes da burguesia da época, que em sua maioria desprezava o trabalho manual. Daí advém a estratificação promovida na escola, a divisão entre o trabalho intelectual e o manual, as enfermeiras preparadas para atividades administrativas e de ensino (ladies-nurses) e as que se destinavam aos cuidados diretos ao paciente (nurses), numa proporção de 1:9 respectivamente, divisão social que ainda existe no contexto da profissão no Brasil. (Cogo, 1994).

No Brasil a primeira Escola de Enfermagem seguiu os modelos Nightingalianos, a Escola Ana Néri, no Rio de Janeiro em 1923, fundada por Carlos Chagas e enfermeiras estadunidenses que estavam no país financiadas pela fundação Rockefeller em programas de saúde pública, treinando leigos e religiosas para prestação de atendimento nas instituições de saúde.

Padilha (1998) citando a chegada das Irmãs de Caridade no Brasil no século XIX, diz ocorrer daí um duplo sentido negativo para a profissão, primeiro com a idéia de que o cuidado prestado era pelo amor de Deus e se contrário fosse eram considerados atividades impuras e mercenárias, executado por pessoas marginalizadas com atributos ligados a etnia e classe social, e também o saber de enfermagem, construído na prática, ligado ao trabalho manual, feminino e cercado pelas virtudes da modéstia e abnegação, foi “desclassificada como um saber pré-lógico e, portanto, um não saber”.

Com origem nas congregações religiosas inspiradas na organização militar, permanece a divisão no trabalho, com um elemento que é o chefe (matron), os responsáveis pelas enfermarias (sister) e quem presta o cuidado direto (nurse), materializando as relações de subordinação/dominação e reproduzindo na profissão as relações de classe social.

Este histórico, em relação à profissão de enfermeiro, reforça a questão do não preparo e da não capacitação. Temos observado um movimento no sentido contrário nos últimos anos, quando, com o alargamento da rede de atendimento básico, foi reforçada a capacidade gerencial dos enfermeiros, que atualmente ocupam cargos de destaque junto aos programas e políticas públicas de assistência e educação em saúde, mesmo que esse movimento não se configure em aumento de salário ou melhoria nas condições de trabalho.

Santana (2000) relata que, segundo estimativas do Relatório Anual de Informações Sociais e Cadastro Geral de Empregados e Demitidos (RAIS/CAGED) do Ministério do Trabalho e Emprego, a área de saúde formal tem em média 2,15 milhões de empregados, perfazendo 8,7% dos postos de trabalho formal do Brasil. Os profissionais de saúde atingem 875.337 vínculos e os da área de enfermagem 500.000 trabalhadores. Isto antes da consolidação do programa de saúde da família.

2.3 Formação Complementar: Base Conceitual Norteadora

A Formação Complementar recebe, na literatura, muitos nomes como: Educação Continuada, Educação Permanente, entre outros. Todos contêm sua historicidade e significados. Este tópico tenta sistematizar os conceitos que cercam a Formação Complementar, construindo um arcabouço teórico norteador do tema central deste estudo.

A educação nos serviços ou no meio acadêmico sofre evoluções ao longo da linha temporal. De acordo com os movimentos políticos e sócio-econômicos do país, e até mundial, este tema tem acréscimos e modificações que flutuam ao sabor das diferenças de dinâmicas entre o meio acadêmico e o do trabalho.

Segundo Vilarinho (2001) a idéia de Educação Permanente foi defendida por Pierre Furter no Brasil nos anos 60/70, quando pensou ser conveniente a escolha do termo “permanente” por corresponder a uma realidade lingüística luso e por ter sido aceita pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). A UNESCO em 1968 em sua 15ª Conferência Geral adotou o termo Educação Permanente num conceito amplo de educação para a paz, fruto do período pós-guerra. No Ano Internacional da Educação em 1970, passou a ser considerado pelo Brasil, nas políticas de educação de adultos.

Trigueiro (apud Vilarinho 2001) salienta que a necessidade desse tipo de educação se deve ao fato do modelo tradicional não dar conta, financeiramente e materialmente, do acesso de todos a escolarização, especialmente nos países que estão em desenvolvimento. Como a Educação Continuada, geralmente, é oferecida a adultos que já possuem alguma formação, alunos e professores (des)constróem a centralidade do processo, enquanto atores sociais, partindo do pressuposto que não há docência sem discência (Freire, 1975).

Os anos 80 no Brasil foram marcados por pouca literatura sobre educação e trabalho. Este tema foi bastante atacado pelo discurso vinculado à abordagem do Capital Humano que vislumbravam este tipo de educação apenas como um instrumento de aumento das diferenças sociais. Para Vilarinho (2001) estas diferenças eram creditadas porque muitas vezes na prática as políticas eram usadas para servir o poder econômico e não a formação do cidadão.

Nos anos 90 o tema educação e trabalho é retomado mediante a crise de empregos e profissionais, geradas pela competitividade mercadológica. Ganhando força frente ao uso de novas tecnologias de rede, como a televisão e a informática, que hoje se encontram conjuntas a cultura, chegando à população, como um todo, em maior ou menor grau.

Na sociedade pós-industrial o valor do conhecimento é superior ao valor do trabalho e todo conhecimento deve ser entendido como passível de reformulação. A Educação Continuada sempre deve buscar o conhecimento mais atual, tendo sempre a consciência de que ele pode ser superado.

Farah (2006) fala que o modelo comumente usado no processo de educação em serviço na saúde está no oposto do que se espera de educação, embora ainda exista. O modelo usado se constitui num processo vertical de ensino ligado ao treinamento de funcionários para tarefas específicas. Eles

podem se apresentar na forma de cursos pontuais ou até programas mais específicos. Trazem sempre o intuito de agregar os programas verticais e ações prescritivas, produzindo um fazer mecânico e descomprometido com a reflexão, visando a quantidade e não a qualidade do serviço.

Para combater o conceito acima descrito Farah (2006) adota o termo “Cultura Institucional” onde mediante a Educação Permanente, dentro do local de trabalho, há também a troca de saberes entre os trabalhadores que contextualizam o ensino e assim satisfazem as suas necessidades. Programas conjuntos, pertinentes e avaliados segundo as suas necessidades, provocam transformação social que para Freire (1975) é a premissa da educação.

Farah (2006) traz a Educação Continuada como uma evolução da Educação em Serviço e que pela primeira vez trata de satisfação do profissional. Este crescimento do profissional se reverte em benefício secundário a própria instituição empregadora. Serve como abordagem para complementar a formação dos profissionais, reforçando a insuficiência da graduação no atendimento das necessidades dos serviços.

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) Educação Continuada é um processo permanente que inicia após a formação básica e está destinado a atualização e melhoria da capacidade dos indivíduos ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas, assim como às necessidades sociais. Girade et ali (2006) cita as definições da American Nurses Association para Educação Continuada com finalidade de desenvolvimento integral do trabalhador de acordo com os objetivos da instituição, estendendo-se por toda a vida profissional.

No relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (1993) foi descrito que Educação Continuada “é um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos

usuários”. Já na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde foi reafirmado o conceito e propondo a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nos estados e municípios, além da criação e sistematização de programas de educação continuada.

Girade et ali (2006) fala que a Educação Continuada é responsabilidade do profissional, desvinculado da instituição, servindo para aumentar o seu conhecimento e o padrão profissional. Porém assume um risco em declarar que aumento de padrão profissional não está ligado a exigências do mercado, mas reforça que os elementos conceituais não são constantes na literatura.

Para Farah (2006) a crítica à Educação Continuada consiste em que o aluno/trabalhador fica focado na lógica técnico-científico do aprendizado, esquecendo as demais dimensões, aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. Para Vilarinho (2001) seu maior problema parece estar na definição de novos princípios pedagógicos que garantam a contínua atualização dos sujeitos na relação crítica e consciente com o seu mundo, marcado pela presença da tecnologia e valorização do pensamento.

A OPAS (1997) preconiza o uso da Educação Permanente em serviço para os profissionais de saúde e educação. Verificam-se diversas abordagens a processos educativos nos textos das Conferências Nacionais de Saúde, e a Educação em Serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado como forma de colocar o profissional de saúde em consonância com o serviço prestado, preconizando os interesses da instituição sobre os do profissional e comunidade.

Haddad (apud Farah 2006) diz que a Educação Permanente busca alternativas aos problemas concretos do trabalho, tendo esse como eixo central do processo de criação do conhecimento novo e ação conjunta. A educação se

processa na arena da saúde tendo como sujeito o profissional de saúde e finalidade a atenção a população assistida. É dividida em cinco passos, “análise do contexto; identificação dos problemas e necessidades de intervenção; o desenho do processo educativo nos serviços de saúde; monitoramento e avaliação”.

A Educação Permanente está descrita nos documentos ministeriais da saúde como sendo estratégia para consolidar o SUS e também como instrumento das transformações das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL 2005b). Embora muitas vezes essa metodologia seja usada como fim no processo de qualificação, quando deveria ser considerado meio (e realmente permanente) em busca de uma consolidação verdadeira do SUS.

Girade et ali (2006) salienta que existem diversas maneiras de conceituar Educação Continuada, Educação Permanente, entre outros. Todas culminam com o atendimento dos objetivos da instituição, desenvolvimento profissional e pessoal, aumento de conhecimento, habilidades e mudança de atitudes. Estes conceitos hora se apresentam de forma complementar, imprecisos ou distintos.

Ainda, seja qual for a denominação de Formação Complementar, são programas de educação para adultos que já possuem alguma experiência, vivências, assimilações, experiências educacionais profissionais “que exigem mais que um simples artifício pedagógico no processo ensino aprendido”.(p.108)

“é o processo de atualização técnico-científico que permite ao profissional a reflexão sobre seus objetivos, sua própria prática, levando- o também ao desenvolvimento pessoal, elevação de sua auto-estima, o que propicia mais gratificação e prazer no seu desempenho profissional. Conseqüentemente, essas mudanças trarão benefícios não só às instituições como, e principalmente, às pessoas assistidas por estes profissionais.” GIRADE et ali (2006 p.109)

2.4 “Educação e Trabalho” à Serviço da Cidadania ou do Poder Econômico?

Como chegamos desta maneira ao trabalho em saúde e educação? Com o conjunto de normas e leis da idade moderna e contemporânea, inicia-se o que podemos chamar de certificações de competências ou descrição das atividades. Mais especificamente na educação temos a criação das Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que, em sua última versão, trata de habilidades. Destaca a necessidade não apenas do saber, mas do saber aplicar, pensar, intuir, participar, enfim, transformar.

Começamos desta maneira a pensar em satisfação no trabalho, autonomia no trabalho, conceitos até então proibidos, ou no mínimo incoerentes.

Esta realidade é imutável? Não, a perspectiva atual de trabalho-educação está colocada em xeque. É preciso educar para a busca de alternativas ao modelo vigente, mudanças fundamentais para uma política solidária, de inclusão e de desenvolvimento social.

A formação profissional atende realmente a quem dela necessita? Como nos fala Kuenzer (1998) o novo modelo de educação profissional pode servir, mais do que para atender trabalhadores, para dar-lhes a ilusão da empregabilidade, sem colaborar para a compreensão das relações sociais ou da concepção liberal que responsabiliza individualmente, criando a falsa idéia de que se resolve o problema do emprego com educação.

Na última década, com as mudanças no trabalho e na qualificação dos trabalhadores, surgiu a pedagogia de competências que influencia hoje enormemente a formação dos profissionais. Como diz Deluiz (2000), esta teoria ganhou força na Europa dos anos 80 e na França em 1992 com a “*Charte de Programmes*”, que pode ser considerado o documento que faz a passagem de

um ensino centrado em saberes disciplinares para o ensino de competências verificado em situações e tarefas específicas, definido por Perrenoud (1999) como a capacidade que um indivíduo tem de agir eficazmente em determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem necessariamente se limitar a eles”.

Não se pode negar que este novo paradigma está historicamente ligado ao movimento capitalista e ao novo modelo de divisão do trabalho, que veio para substituir o modelo taylorista centrado na prescrição, repetição e com ênfase no trabalho manual, e que passa a exigir maior envolvimento do trabalhador na forma de educação continuada e o recriar de habilidades mais independentes e participativas, a fim de executar trabalhos mais complexos. Esse processo exige uma participação mais ativa do trabalhador, interligando as suas capacidades intelectuais e emocionais” (VIEGAS, 2005).

É exigida do trabalhador uma capacidade de reprofissionalização, onde o emprego não age de forma linear, estando sujeito, este trabalhador, a períodos de inclusão e de exclusão no mercado de trabalho. Acompanhamos, assim, o fim do emprego pleno e o aparecimento do subemprego estrutural e uma nova modalidade de desemprego, muito comum nos países subdesenvolvidos.

A qualificação estava associada ao modelo rígido taylorista, obrigando o trabalhador a moldar-se em conformidade ao cargo ocupado. A qualificação apenas supre o conhecimento específico para executar a prescrição, possui conteúdo fixo e imutável. Já a competência exige trabalhadores mais flexíveis, aptos a enfrentar mudanças rápidas e mais complexas. Também chamado de modelo neotaylorista, nela os processos se apresentam mais participativos, com enfraquecimento das funções de autoridade, onde o trabalhador prescreve o seu próprio trabalho (DUGUÉ, 2004).

As empresas foram as primeiras a perceber as capacidades produtivas reprimidas pelo sistema taylorista, e uma das formas de apropriação desse saber foi apresentada na forma de “escolas de empresas”. Porém, essa submissão da capacidade em função da empresa possui um caráter prescritivo. Isto guarda um grande dilema: Como diferenciar se as metodologias participativas estão a favor do crescimento pessoal e profissional do trabalhador ou da apropriação da empresa em função da produção de capital? (VIEGAS, 2005)

O que o mercado de trabalho espera, atualmente, de um trabalhador está, portanto, mais próximo do significado de competências do que de qualificação, embora o que se exija para sua contratação se aproxime mais do modelo de qualificação. Por exemplo, um trabalhador empregado tem como exigência da empresa a sua constante atualização frente a novas tecnologias e modo de operar o seu trabalho, inclusive desenvolvendo a capacidade de cognição quando algum evento foge do prescrito. Este esforço por parte do trabalhador, quando muito, lhe garante a permanência na empresa, não significando uma mudança de cargo e de salário, podendo a mais valia até aumentar (modelo de competência). Já se o trabalhador se encontra fora do mercado, para a sua contratação é exigido conhecimento na forma de diplomas, não sendo avaliado naquele momento sua condição de pensar o fazer (modelo de qualificação).

Para que possamos analisar as duas teorias que por vezes se confundem, como no exemplo acima, necessitamos problematizar a questão, contextualizá-la, sem dispensar a sua historicidade. Aprofundar o sentido de problematização, em uma perspectiva crítica. (FREIRE, 1975). Sempre tomando a projeção de educação em um contexto atualizado, multicultural e com vistas ao desenvolvimento sustentável. (GADOTTI, 2000). A educação como prática social se vale de conceitos como o da “omnilateralidade”, de Marx, que busca um tratamento holístico para a questão, evitando a visão reducionista ou parcial, ou até mesmo segmentando de alguma maneira o todo.

Pensando o agir e o fazer como um processo único e dinâmico, onde as peças se complementam, se justapõem ou até mesmo se antagonizam.

Para exercer de maneira mais efetiva a prática de negociação entre o público e o privado, a comunidade deve desenvolver conceitos de cooperação e agir como comunidade cívica, que para Putnam (1996) se caracteriza por cidadãos atuantes e de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração, munidos de capital social, que se refere às relações de confiança, às redes e normas que melhoram a eficiência da sociedade, facilitando a coordenação de ações de bem comum.

A estrutura social fica seriamente comprometida com essa diminuição das relações de confiança, enfraquecendo a classe trabalhadora e tornando precárias as relações de trabalho. A permanência no emprego formal prescinde do crescimento do capital social. A técnica, de suma importância, sucumbe se não acompanhada de criatividade, trabalho coletivo e um gerenciamento próprio.

Como explica Souza (2001), com o surgimento de novas demandas mercadológicas, é exigida a formulação de políticas que reestruturem o sistema de formação profissional, conservando as boas experiências, promovendo descentralização, participação e ampliação do atendimento. Isto no intuito de incorporar habilidades adequadas ao novo contexto do trabalho.

2.5 O Modelo de Assistência à Saúde Pública em Vigência

A partir dos anos 40 nos Estados Unidos e Inglaterra se observa um movimento reformista que se inicia contra a tendência, até então vigente e descrita sob o Relatório Flexner¹, que era centrado nas especialidades, tendo a instituição hospitalar como referência e o profissional médico na centralidade do atendimento. Nos anos 50 esse movimento se estende à América Latina através das organizações internacionais e fundações filantrópicas, que culminaram com a reunião de Viña del Mar no Chile, organizados pela OPAS em 1956.

Até então este movimento não havia logrado muito êxito sobre os fundamentos Flexnerianos.

Como ponto alto desse movimento reformista, podemos pontuar a reunião de Alma-Ata de 1978, antiga União Soviética, que com o lema “Saúde para Todos” e a estratégia da “Atenção Primária em Saúde” foram consagrados mundialmente nessa promoção da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

No Brasil esses desdobramentos resultaram na Reforma Sanitária Brasileira e na reformulação do setor saúde, com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, por fim, do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentando uma necessidade de se concretizar essa agenda progressista construída por esse movimento e segundo Santana (2000 p.236) resultante também de uma “acumulação política e técnica propiciada pelas experiências de medicina comunitária e integração docente assistencial”.

1- Em 1910, nos Estados Unidos, Abraham Flexner realiza um estudo disciplinador sobre educação médica abordando várias questões que por muitos anos, e até hoje, refletem-se nos estudos e práticas de saúde no mundo (ensino clínico, organização departamental, hospitais de ensino, participação feminina entre outros)

Um marco na história da saúde brasileira, como a conhecemos hoje, é a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, com uma visão mais acadêmica na criação de eventos para combater a visão médico-hospitalar vigente.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 é considerada uma das mais importantes Conferências Nacionais de Saúde. Dela resultou a deliberação que houvesse uma reestruturação do sistema de saúde brasileiro culminando com a criação de um Sistema Único de Saúde e definindo saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, pela primeira vez o termo educação se faz presente na definição de saúde.

A descentralização da saúde predominante no Brasil é político-administrativa, não somente em serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal, para a estadual e municipal. Para o cumprimento desta descentralização foi criado um arcabouço legal que inicia com a Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988, nos seus artigos 196 a 200, garante o acesso e o direito à saúde em todos os níveis de assistência a toda a população, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, deixando que a iniciativa privada atue de forma complementar ao sistema, e coloca como uma das responsabilidades do SUS a formação de recursos humanos na área da saúde.

Para tanto foi necessário a Lei 8.080, a lei Orgânica do SUS, e a Lei 8.142 que institui a participação da comunidade na gestão do Sistema de Saúde através dos Conselhos de Saúde. Para essa regulamentação criou-se as normas operacionais e os conselhos de saúde e as Leis orgânicas nas esferas estaduais e municipais.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Na sua tradução formal prezam por garantir acesso a toda a população, a qualquer esfera de atendimento sem qualquer forma de discriminação (Universalidade), de acordo com sua necessidade receber atendimento digno em todos os níveis de atenção (Equidade) e reconhecer o ser humano como um todo e integrante de um sistema (Integralidade).

Segundo Levcovitz et al (2001) a crise econômica e a democratização favoreceram o debate político na saúde e que se refletiram nos avanços da Constituição de 1988, mesmo com as dificuldades estruturais das políticas públicas brasileiras, que agiram no sentido da redução do Estado, causando mudança nas relações de trabalho. Esse quadro expressa o caráter “imperfeito e deformado” dos sistemas de proteção social, ratificando a desigualdade social.

Pensamento que nos remete a imaginar o “ornitorrinco da saúde”, parafraseando o ser malformado pré-moderno de Francisco de Oliveira na sua obra “Crítica a Razão Dualista/O Ornitorrinco” (2003), já que também na política de saúde muitos textos são usados apenas como teoria e não como instrumento de mudança, causando obstáculo na consolidação do SUS. Estes entraves estruturais se devem ao fato de uma desigualdade marcante da sociedade brasileira, o federalismo brasileiro e o modelo de saúde médico-hospitalar assistencialista e privatista.

A relação estado/município foi abalada com a lógica de repasse financeiro que favorecia uma relação direta entre os níveis federal e municipal durante a época do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), assim como nos processos de municipalização da saúde, induzindo a criação de sistemas municipais isolados e sem referências regionais articuladas pelo estado, necessárias para a harmonização do sistema

Levcovitz et al (2001) também lembra de alguns avanços e dificuldades apresentados na implementação do SUS como o Financiamento, a Gestão e Organização do Sistema, os Recursos Humanos e o Controle Social entre outros.

No que se refere ao financiamento, que é a fonte para o setor e depende de mecanismos de transferência de recursos entre as esferas governamentais, um dos avanços foi o aumento progressivo do repasse da união aos municípios que por sua vez, passaram a integrar esse financiamento, teve como dificuldades instabilidade de fontes e pouca participação estadual. A Gestão que necessitava de expansão e desconcentração de serviços, adequação a necessidade e hierarquizar e regionalizar o sistema teve como avanços as experiências inovadoras e sua expansão efetiva, enfrentando a heterogeneidade regional e a pouca integração entre os serviços permanecendo distorções com excesso e superposição de algumas ações e insuficiência de outros.

Os Recursos Humanos que primam pela formação e capacitação adequadas, distribuição equitativa e constituição de quadros técnicos especializados para a gestão do sistema de saúde, tiveram seu aumento em todas as unidades da federação e principalmente nos municípios, porém sofreu com as distorções e heterogeneidades regionais na formação desses profissionais, a dificuldade de contratação pelos estados e municípios devido à contenção de gastos com pessoal e a distribuição desigual no país. O Controle Social, que é a participação da comunidade nos fóruns decisórios político-administrativos do SUS, com 50% de usuários mais a presença de diversos segmentos sociais, teve como avanço os conselhos de saúde, mas com um funcionamento desigual entre os diversos estados e municípios e o predomínio do caráter consultivo sobre o deliberativo.

3 METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como um estudo de caso, exploratório descritivo, transversal, qualiquantitativo. Para Minayo (1999 p.198) “o conjunto de dados qualitativos e quantitativos não se opõe, e sim, se complementa, pois a realidade abrangida por esses dados interage dinamicamente. Enquanto na abordagem quantitativa verificamos estatísticas e médias, na qualitativa aprofunda-se o significado das ações e relações humanas”. Após a coleta de dados, que será feita através de entrevistas semi-estruturadas, será realizada a análise qualitativa desses dados. Segundo a autora, esta análise é um dos meios de descrever, compreender e analisar o fenômeno, levando em consideração o contexto em que o mesmo está inserido.

Gil (1999) explica que um estudo se caracteriza como exploratório quando não se domina por completo as informações sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno, preocupando-se em não perder alguns aspectos importantes que possam contribuir na explicação, e é descritivo quando se deseja descrever estas características.

O mesmo autor traz que o estudo de caso pode descrever o processo social, na sua totalidade ou em parte, perpassando suas diversas relações internas, podendo ser a unidade individual ou um grupo, e até mesmo nações, tendo como vantagem “o estímulo a novas descobertas, ênfase na totalidade e simplicidade dos procedimentos”. Ludke e André (1986) apontam que os estudos de caso visam a descoberta, mesmo partindo de alguns pressupostos teóricos. Os elementos novos podem ser incorporados em novas dimensões,

proporcionando confronto entre a teoria e o material, como o conceito de flexibilidade de Triviños (1987), que atenta para o preparo para a mudança de expectativas e caminhos frente ao estudo.

A aplicação das entrevistas, que foi realizada pelo autor do estudo, no modelo de aplicação face a face, aconteceu em estabelecimentos de atenção à saúde no município de Santa Cruz do Sul, com caráter público de atendimento e gestão, distribuídos em postos de saúde, plantões de pronto-atendimento e emergência e serviços especializados.

O município de Santa Cruz do Sul conta com 32 locais de atendimento público de saúde², incluindo Postos de Saúde, Programas de Saúde da Família, Pronto-atendimentos e Emergência e serviços especializados, e conta também com profissionais de toda a área da saúde.

O universo³ contou com 17 enfermeiros de Santa Cruz do Sul, atuantes no sistema público de atendimento, que se dispuseram a participar do estudo. Os participantes foram esclarecidos pelo pesquisador, em relação aos objetivos do estudo e sua participação.

Em observância à legislação pertinente (Lei 196/96) o estudo requer respeito a questões éticas para com o entrevistado, no que tange o anonimato dos entrevistados e utilização exclusiva dos dados para fins educacionais, o consentimento e à informação dos objetivos do estudo. Para tanto, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado, pois somente assim pode-se abordar os reais conflitos que permeiam as questões do trabalho.

2- Os locais que possuem enfermeiro em seu quadro de profissionais da saúde são os seguintes: 13 PS's, 9 PSF's, 7 serviços especializados (CAPS, CAPSAD, CAPSIA, CEMAS, Home Care, UMREST e Vigilância Sanitária) e 3 pronto-atendimentos (CEMAI, CSIM e PU).

3- 23 enfermeiros efetivados, sendo que 6 se encontravam em algum tipo de afastamento (férias, licenças e atestados). Dados da Sec. Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, totalizando 17 enfermeiros aptos a participar do estudo.

Todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e informado antes da aplicação dos questionários, que contém impreterivelmente todas as informações que esclareçam ao participante os objetivos do estudo e permitam que o mesmo abandone a pesquisa a qualquer momento, se julgar necessário. (ANEXO I)

Foram considerados critérios de inclusão no estudo, os enfermeiros que atendem a população em cuidados diretos à saúde e a agravos decorrentes da falta desta. Todos deveriam obrigatoriamente ser atuantes no sistema público de saúde do município e efetivados por concurso público.

A entrevista apresenta questões semi-estruturadas, divididas em eixos categóricos. Os eixos definidos foram os seguintes: 1) Dados de identificação; 2) Formação complementar; 3) Significado da formação complementar; 4) Conhecimento e acesso aos programas públicos de capacitação existentes; 5) Adequação da formação complementar às necessidades regionais; 6) Participação na implementação de programas de capacitação pública. (ANEXO II)

Foi criado um banco de dados, com o programa *Excel for Windows*. As variáveis, definidas pelos eixos categóricos foram apresentadas com frequências relativas e absolutas. Através das medidas quantificáveis é possível designar o diagnóstico inicial da situação. Após a coleta e agrupamento dos dados, foi feita a análise qualitativa destes. Para Chizzoti (1995), uma característica importante da metodologia qualitativa é o reconhecimento dos indivíduos que participam da pesquisa como sujeitos que geram conhecimentos e se instrumentalizam para uma intervenção adequada nos problemas identificados.

Foi solicitado, através de ofício, autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a aplicação das entrevistas nos locais anteriormente citados.

(ANEXO III) O estudo também foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul. (ANEXO IV)

4 FORMAÇÃO COMPLEMENTAR NA ÁREA DE SAÚDE – As Políticas Públicas de Capacitação em Saúde e as Percepções dos Enfermeiros sobre sua Formação Complementar

Este capítulo tratará como se processa a questão da formação complementar, na área da saúde, sua importância, descrição das políticas públicas de capacitação na área, através da legislação vigente nas três esferas de governo e no relato dos profissionais.

Como discussão balizadora da pesquisa está a capacitação em saúde e suas políticas públicas, demandas, ofertas, interesses e a opinião de quem é alvo dessas políticas, os enfermeiros, no caso de Santa Cruz do Sul. É fundamental que se leve em consideração a dinamicidade das leis, opiniões, cenários locais e a historicidade.

Frigotto (2005 p.1104) fala da controversa política de educação no Brasil, baseado em alguns decretos e revogações contraditórias, a explícita cultura da acomodação brasileira que remonta a modernização do arcaico de Florestan Fernandes. Constata-se uma hegemonia de políticas compensatórias de educação continuada, frente a uma diminuição do direito de educação de qualidade. “No fundo, essa política retoma a origem da educação profissional: formar mão-de-obra” necessária ao crescimento da economia e a educação dos trabalhadores para a divisão social do trabalho.

Segundo Almeida (1986) somente a partir dos anos 70 é que a formação dos enfermeiros se estende à pós-graduação, principalmente com os

profissionais ligados a docência, passando a se dedicar mais à produção científica. A mesma autora cita que no período da reforma sanitária os profissionais de nível superior ocupavam 30% do total de pessoas ocupadas em atividades de saúde. No caso dos enfermeiros, os profissionais formados ultrapassavam o índice de empregos em um excedente de mão-de-obra de aproximadamente 35%.

Os profissionais enfermeiros, objeto do presente estudo, totalizaram 17 participantes, distribuídos conforme os dados de identificação a seguir:

O ano de graduação dos participantes variou de 1988 a 2004, sendo que 52,94% (9) obtiveram sua colação de grau na segunda metade da década de 90, ou seja, em plena mudança do sistema de saúde para como conhecemos hoje. Também 17,65% (3) concluíram seu curso superior depois desse momento, aumentando para mais de 70% os enfermeiros que já se inseriram no mercado de trabalho sob a égide do SUS.

Os participantes possuem idades entre 24 e 46 anos, bem distribuídos entre as faixas etárias. De 24 a 30 anos encontramos 17,65% (3), de 31 a 35 anos temos 29,41% (5), mesmo percentual encontrado na faixa de 35 a 40 anos, e nos participantes acima de 40 anos obtivemos 23,53% (4).

Os enfermeiros foram questionados ainda, no item de identificação, a respeito do local de sua formação inicial, e sua distribuição entre instituições públicas e privadas. Conforme a tabela a seguir os participantes provenientes do ensino público totalizaram 58,82% (10) enquanto que os de ensino privado perfizeram um total de 41,18% (7).

TABELA 1 – A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

VARIÁVEIS	F	fr %
PÚBLICA	10	58,82
PRIVADA	7	41,18
TOTAL	17	100

Santana (2000) fala que sempre houve predomínio do gasto público nos cursos de pós-graduação na área da saúde, já que esses cursos não eram atrativos ao ensino privado, dessa maneira, financiando profissionais que preferencialmente se instalariam na rede de trabalho do setor privado.

Talvez o discurso acima traga sua contribuição quando falamos de saúde como um todo, porém se encaixe com perfeição se discutirmos os programas de residência médica, o que não vale, na mesma medida, para os demais profissionais. Apesar do aumento de residências multiprofissionais existentes esse quadro ainda não foi modificado e esse acesso será discutido no próximo item.

4.1 A Formação Complementar, Conhecimento e Acesso aos Programas Públicos de Capacitação Existentes

Dentre os principais recentes programas está o PROFAE, política do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS), é um exemplo de programa de formação que visa atender uma demanda mercadológica, pois fica claro nos seus propósitos a qualificação dos profissionais inseridos no mercado de trabalho que apresenta novas exigências

O programa foi responsável em todo o Brasil pela formação de atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem e destes em técnicos de enfermagem, perfazendo um total de 225.000 profissionais. Seu intuito foi o de promover uma melhor qualificação dos profissionais para que possam prestar um melhor cuidado aos pacientes, porém em um tempo mais curto que

os cursos convencionais e com maior carga horária total.

Para prover a qualificação destas classes profissionais de enfermagem, era preciso formar, em um primeiro momento, os professores, enfermeiros que atuavam na docência e que em sua maioria não tinham o título de licenciado para tal. Foi quando dentro do programa instituiu-se o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem na forma de especialização *lato sensu*.

O Curso atingiu 12.000 profissionais enfermeiros em todo o território nacional, baseado no sistema de educação à distância (EAD), pregando a utilização dos meios tecnológicos de comunicação e informação em busca da “autonomia profissional”, sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tutoria prestada em parcerias com escolas/departamentos de Enfermagem de universidades públicas, onde funcionaram os Núcleos Regionais do curso.

Dentre seus objetivos destacamos a formação de docentes visando às necessidades sociais e de saúde pautados em uma prática crítica e reflexiva “visando à construção e ao desenvolvimento de projetos político-pedagógicos com base em novas competências e tecnologias” e citam a transformação de “trabalhadores ocupacionais” em profissionais. A proposta pedagógica frisa a articulação saúde e educação, e quebra da estrutura educacional de disciplinas.

Não muito diferente se apresenta o programa de Pólos de Capacitação, voltado para a área de Saúde da Família, onde se cria entidades vinculadas às universidades que fariam uma articulação das secretarias estaduais e municipais de saúde para implementação de programas de educação permanente.

Também visando atender uma demanda de capacitação para “abordagem da atenção”, ou seja, para suprir uma necessidade de trabalho. Foi dividido em cursos de atualização, abordagem para a transformação de cursos

de graduação e pós-graduação, sempre voltados para a Saúde da Família.

O financiamento do programa se deu através do Ministério da Saúde por orçamento federal e empréstimos de órgãos internacionais através do Projeto Reforsus (Reformulação do Sistema Único de Saúde). O programa abrangeu mais de 100 universidades ou instituições de nível superior.

Em nosso estudo, quando discutimos formação complementar com os participantes, 94,12% (16) disse ter alguma formação complementar, o que significa que os participantes deram continuidade a sua formação (tabela 2). A maneira com que adquiriram sua formação complementar corrobora a discussão do parágrafo anterior. Conforme a tabela 3, 52,94% (9) a adquiriram em sistema público, enquanto 41,18% (7) em instituições privadas.

TABELA 2 – A FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

VARIÁVEIS	F	fr %
POSSUI	16	94,12
NÃO POSSUI	1	5,88
TOTAL	17	100

TABELA 3 – USO DE PROGRAMA PÚBLICO PARA OBTER A FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

VARIÁVEIS	F	fr %
SIM	9	52,94
NÃO	7	41,18
Não se Aplica	1	5,88
TOTAL	17	100

Encontramos referência a formação de recursos humanos na Constituição Federal de 1988, especificamente no seu artigo 200 inciso III, que traz como competência do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na

área de saúde”. Este talvez seja o grande princípio norteador da quase inerte Política de Recursos Humanos na Saúde.

O objetivo de realizar uma formação complementar que muitas vezes não é financiada pelo sistema público, tem um significado para quem as possui. Essa questão causou uma convergência entre os participantes do estudo, a necessidade relacionada ao trabalho foi o determinante para que o profissional realizasse a formação complementar.

“... eu acho que foi mais uma necessidade profissional” (entrev 3)

“... para reencontrar os pacientes, ou não” (entrev 5)

“... pra dar aula, se aperfeiçoar” (entrev 8)

“Atualização, conhecimento.” (entrev 9)

“... me aperfeiçoar cada vez mais (...) ampliou bastante os meus horizontes” (entrev 10)

“... especifica ao trabalho que a gente realiza” (entrev 11)

“Me aperfeiçoar na área que eu atuo” (entrev 15)

“A título de atualização, conhecimento profissional” (entrev 17)

E muitas vezes, não só para aperfeiçoar o trabalho realizado, mas também em relação à necessidade de manutenção do emprego e colocação no mercado de trabalho.

“A necessidade do trabalho, com a minha formação, eu não tinha como fazer, e com a especialização satisfez plenamente” (entrev 7)

“adquirir conhecimento para ficar na área que eu trabalho” (entrev 6)

“... maior chance de emprego” (entrev 16)

“Eu queria trabalhar na área de educação e saúde, para dar aula” (entrev 18)

A Formação Complementar dos Enfermeiros do Sistema Público de Saúde de Santa Cruz do Sul revela um dado que não deixa dúvida quanto à importância da mesma para a realização do seu trabalho: 76,47% (13) a consideram benéfica para sua área atual.

TABELA 4 – BENEFÍCIO DA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR NA ÁREA DE TRABALHO ATUAL

VARIÁVEIS	F	fr %
SIM	13	76,47
NÃO	3	17,65
Não se Aplica	1	5,88
TOTAL	17	100

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada marco para a introdução de um sistema único de saúde na Constituição Federal, teve como slogan “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e cita alguns princípios relacionados com a política de recursos humanos, entre eles, que o novo Sistema deverá reger-se por capacitação e “reciclagem” permanentes de seus Recursos Humanos.

Já a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, que foi a primeira conferência após a criação do SUS, que discutiu assegurar uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos, propôs promover a imediata regulamentação do artigo 200 da Constituição, através de escolas de formação de trabalhadores de saúde e instituições de nível superior. Também resolveu assegurar que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde destinem recursos orçamentários para a capacitação e treinamento de seus quadros de pessoal e que os programas de residências, até então médicos, se estendam as demais profissões da saúde.

As demais conferências que acontecem a cada quatro anos, com pequenas mudanças, não cansam de frisar estes princípios básicos da Política de Recursos Humanos no SUS que desde a sua criação não colhe resultados significativos nessa área. Tentativas chegaram a ser mencionadas como a destinação de 1% da receita da saúde para a aplicação em formação e a inclusão de agentes da sociedade civil no debate.

Segundo a opinião dos enfermeiros participantes, em relação à formação de recursos humanos expressa em sua quantidade de programas oferecidos, 94,12% (16) acham que os programas existentes não são suficientes.

TABELA 5 – QUANTIDADE DOS PROGRAMAS DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

VARIÁVEIS	F	fr %
SUFICIENTE	1	5,88
INSUFICIENTE	16	94,12
TOTAL	17	100

Apesar da opinião quase unânime de que os programas de formação complementar não são suficientes como explicitas na entrevista nove. “...acho que o número é insuficiente.” (entrev 9)

Percebe-se pelas falas que os participantes associam esta insuficiência a uma demanda maior que a oferta dessas formações, ou seja, o número de vagas se apresenta insuficiente.

“A formação é boa, mas em números de vagas oferecidas é insuficiente.” (entrev 3)

“... sempre precisa mais dependendo da área.(...) além de existirem poucos, pouquíssimos, (...) há um número bem maior de candidatos que vagas.” (entrev 5)

“Tenho a impressão que eles não abrangem um grande número de profissionais, não são todas as prefeituras que tem isso (incentivo), algumas a gente vê que dificultam em alguns casos.” (entrev 12)

“... é muita gente para pouca vaga.” (entrev 14)

Outra insuficiência que apareceu é relacionada ao sistema de divulgação, porque para vários participantes a propaganda, da formação complementar, não existiu ou não se apresentou em tempo hábil para a inscrição

“São insuficientes (...), não há propaganda, poucos ficam sabendo e as vagas são poucas.” (entrev 4)

“... dentro da própria instituição da prefeitura deveria ter programas de capacitação, que eu saiba não tem nenhum a gente que tem que correr atrás.” (entrev 6)

“Pouca divulgação, quando chega já terminou a inscrição.” (entrev 8)
“... pelo número reduzido de vagas e de programas, (...) as pessoas reclamam que não é muito divulgado.” (entrev 12)
“... acho bem limitado (...) acho que falta um pouco de comunicação no município em relação a essas capacitações.” (entrev 17)

Na Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, artigo 243 inciso V, é descrito como incumbência do SUS, no âmbito do estado, a atribuição de fomentar o aprimoramento de recursos humanos no desenvolvimento da área da saúde.

A Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/1990) traz como um dos seus objetivos a ordenação de recursos humanos na área da saúde (Art. 6 III) e a articulação dessas políticas a cargo das comissões intersetoriais e comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e instituições de nível superior para a efetivação dessa formação e educação continuada (Art. 13 IV e 14 Parágrafo Único). Sendo essa uma atribuição da União, dos Estados e do Município (Art. 15 IX) inclusive de pós-graduação (Art. 27 I). Também é previsto na Lei 8.142 de 1992, em seu Art. 4 VI, a criação de comissão para elaborar Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Para os participantes do estudo os programas de formação complementar públicos não são de fácil acesso a todos que deles queiram usufruir, como mostra a tabela 6.

TABELA 6 – FACILIDADE DE ACESSO A TODOS QUE QUEIRAM PARTICIPAR DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR PÚBLICA

VARIÁVEIS	F	fr %
SIM	0	0
NÃO	17	100
TOTAL	17	100

Quando falamos de acesso aos programas públicos de capacitação, aparecem questões como o incentivo para a participação que na opinião do

entrevistado três é do próprio profissional “Se eu quero alguma coisa, eu tenho que correr atrás né? E às vezes nem sempre é o público que é oferecido.”, e já para o nono entrevistado é compartilhada com o local de trabalho. “... porque nós não temos acesso a isso, aqui na prefeitura tu não tens nenhum programa que te incentive a fazer uma pós-graduação.”. Também é levada em consideração a dinâmica diferenciada dos programas privados.

“... disponibilidade e horários, geralmente são naqueles dias e horários, quem pode participar participou e quem não pode acaba perdendo a chance, acredito que poderiam ser contínuos e não simplesmente um e deu, acabou por ali, acredito que poderia ter uma seqüência já que são muitos servidores e a maioria trabalha em turnos, pra dar chance para que todos possam participar.” (entrev 11)
“...eles são muito centralizados, são nas grandes cidades e são difíceis de tu conciliar com o teu trabalho a tua carga horária de trabalho, geralmente eles são durante a semana ou todas as noites, dessa área pública são difíceis aqueles só de final de semana como são os particulares.” (entrev 18)

O Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (2006-2009) traz em sua introdução o compromisso do amadurecimento e promoção do pleno exercício da função de gestor da saúde, e em um dos seus objetivos específicos aponta a capacitação de recursos humanos para a área de saúde.

Para Weigelt (2001 p.28) com o advento da municipalização “é função de extrema relevância dos gestores municipais providenciar a elaboração de programas de capacitação de recursos humanos de acordo com as necessidades dos profissionais e da realidade específica de saúde da população local”. Porém não é o que parece acontecer em Santa Cruz do Sul. Segundo o relato dos enfermeiros, 94,12% (16) não se sentem contemplados por formação complementar pública.

TABELA 7 – SENTIR-SE CONTEMPLADO POR FORMAÇÃO COMPLEMENTAR PÚBLICA

VARIÁVEIS	F	fr %
SIM	1	5,88
NÃO	16	94,12
TOTAL	17	100

Ao analisarmos trechos dos discursos que expressam o sentimento de não se sentir contemplado com formação complementar pública, aparecem novamente questões relativas ao incentivo e a demanda. O que nos leva a questionar mais uma vez se a responsabilidade compartilhada entre o profissional e o local de trabalho não resultaria na melhor opção para ambos os envolvidos.

“Não me sinto contemplada, porque nunca me foi oferecido enquanto funcionária da Secretaria Municipal de Saúde, uma formação complementar pública.” (entrev 3)

“Não me sinto contemplada porque praticamente inexistem.” (entrev 5)

“... não me sinto contemplada, deveria ter políticas públicas específicas para capacitação dos profissionais da área da saúde, principalmente quem trabalha com o SUS.” (entrev 6)

“... bem pelo contrário, na maioria das vezes nós temos que buscar por nossos próprios recursos (...) acho que a nível federal tem bastante coisa boa que acaba não chegando até a gente.” (entrev 17)

“Falta a minha área que eu to atuando (...) falta os profissionais que estão nessa área solicitarem, pedirem.” (entrev 18)

Algumas vezes o sentimento de se sentir contemplado se expressa de forma parcial, ainda restando alguma necessidade não contemplada. Talvez isso se explique pela falta de adequação regional, dos programas públicos de capacitação, ou até de necessidades específicas do serviço ou do profissional, já que muitas vezes os programas públicos são ministeriais e rezam por um formato rígido e geral que não se adequa as especificidades de um território tão grande e diverso quanto o brasileiro, como fala o entrevistado sete “Em parte me sinto contemplada, eu fui uma das únicas que fiz capacitação pra atuar no programa, tem colegas meus que não fizeram capacitação.”

O tipo de formação complementar ofertada foi questionado pelo entrevistado doze, lembrando que formação complementar não é somente representada pelos cursos de pós-graduação.

“Apesar de ter participado dos programas do ministério e ter o auxílio do Coren, eu sinto falta de mais, de não só especialização (...) cursos menores de aperfeiçoamento, de capacitação no nosso dia-a-dia.” (entrev 12)

4.2 A Adequação da Formação Complementar às Necessidades Regionais e a Participação na Implementação de Programas de Capacitação Pública

A formação de profissionais de saúde que estejam capacitados a enfrentar a nova organização do trabalho se faz mister, e ela não pode estar em desacordo ou alheia as necessidades regionais. Segundo a opinião dos participantes, 82,35% (14) acredita que as formações complementares existentes não estão adequadas a realidade de nossa região.

TABELA 8 – ADEQUAÇÃO À REALIDADE REGIONAL

VARIÁVEIS	F	fr %
ADEQUADO	2	11,77
INADEQUADO	14	82,35
Não Sabe	1	5,88
TOTAL	17	100

As entrevistas dos profissionais enfermeiros, sobre a relação da formação complementar e a realidade regional, levam a crer que parte da explicação sobre a não adequação seja o não conhecimento da realidade regional ou a negação de sua importância para a saúde do município.

“Não estão adequados, porque a nível regional eu não participo de capacitação, eu acho que não tem.” (entrev 7)
“Eu acho que não porque eu não vejo esses programas acontecerem, tem a unisc que fez um curso de pós-graduação que não tem bolsa (...) eu sinto falta da nossa rede se organizar e promover isso, eu acho que eles não são adequados a nossa realidade.” (entrev 12)

Também encontramos nos discursos afirmações que os cursos não existem, pode-se creditar isso ao fato da deficiência da propaganda, já abordado, e a limitação de áreas oferecidas, o que vai de encontro a não regionalização da formação complementar pública oferecida.

“Eles não existem. Na área pública não existem programas de capacitação pra essa realidade.” (entrev 3)

“Por enquanto eu não to vendo isso, porque não ta atingindo a necessidade da região.” (entrev 16)

“Não porque eles são buscados fora, (...) o problema é que aqui não tem.” (entrev 18)

Encontrou-se, novamente, referência ao papel do gestor como responsável pela capacitação profissional, porém não se deve desconsiderar o papel da participação popular, como principal beneficiada do processo, assim como do próprio profissional atuante no sistema.

“Não atende por falta de um maior incentivo por parte da prefeitura em desenvolver rotineiramente esses programas, com incentivo, porque não adianta formar as equipes (...) tem que ser capacitação ou experiência.” (entrev 6)

“Os profissionais que trabalham são sempre os mesmos, e não tem capacitação, nem um treinamento, eles se deparam com a realidade e conforme a realidade e vão se moldando (...) era importante receberem uma capacitação para saber qual a realidade do local para onde estão indo (...) falta incentivo para isso, desde o início, desde o gestor tomar ciência do que que é, da própria comunidade solicitar profissionais capacitados para isso (...) esse profissional também necessita estar melhor preparado pra isso que ele vai enfrentar, uma conscientização geral começando pelo gestor.” (entrev 11)

Este conjunto de esforços, gestão, comunidade e profissional, é consideravelmente importante para se criar projetos regionalizados e que atendam os princípios do SUS.

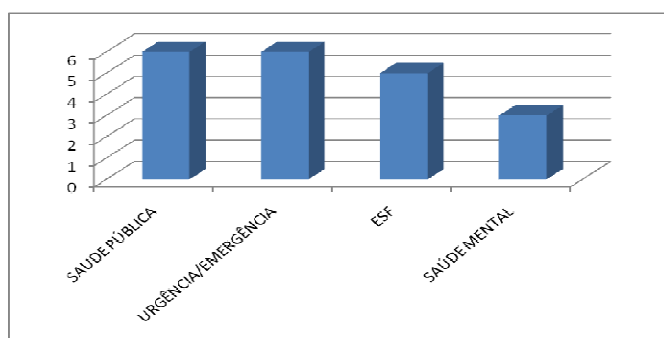
Ao abordarmos necessidades regionais como um dos parâmetros da construção de capacitações pertinentes a realidade local, não há como deixar de questionar as instituições de ensino, principalmente as de formação superior e de pós-graduação.

Coloca-se em cheque o papel das instituições de ensino regionais que, desde a implementação das Leis de Diretrizes e Bases da Educação

Nacional (LDB), incluem o compromisso social vinculado ao ensino. Para Santana (2000) a autonomia universitária deve levar em conta a obrigação da universidade com a sociedade e seu entorno social, econômico, social e político, e isso marcará a sobrevivência da própria universidade sempre em maior escala, na medida em que a sociedade vai exigindo, e nesse compromisso está incluso “a formação de profissionais comprometidos com a relevância, a qualidade, o custo/efetividade e a equidade da atenção a saúde”.(p.240)

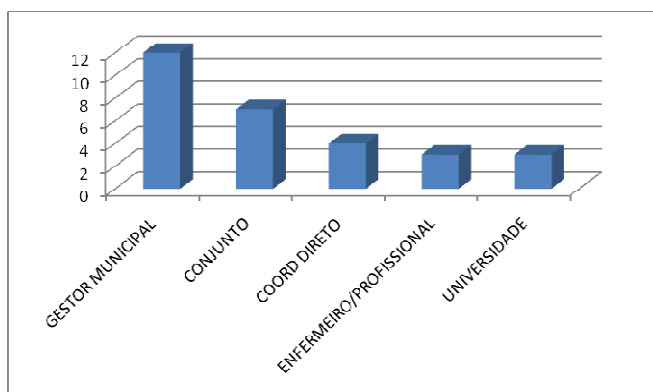
As instituições de ensino, assim como os profissionais devem estar a par das principais necessidades regionais. Questionados sobre quais seriam as necessidades regionais a serem atendidas em programas de capacitação em saúde, as mais citadas foram Saúde Pública (6), Urgência/Emergência (6), Estratégia de Saúde da Família (5) e Saúde Mental (3) como demonstrado no gráfico 1.

GRÁFICO 1 – NESSECIDADES REGIONAIS NA SAÚDE



Em relação à responsabilidade pela formação complementar dos enfermeiros do município de Santa Cruz do Sul, o gestor municipal foi citado por doze participantes, seguido pelos que citaram mais de um responsável (7). O curioso é que apenas três participantes citaram o próprio profissional como responsável por sua formação. Quando o profissional se exclui da responsabilidade de se aprimorar se torna mais difícil a reivindicação pela qualificação de qualidade no trabalho.

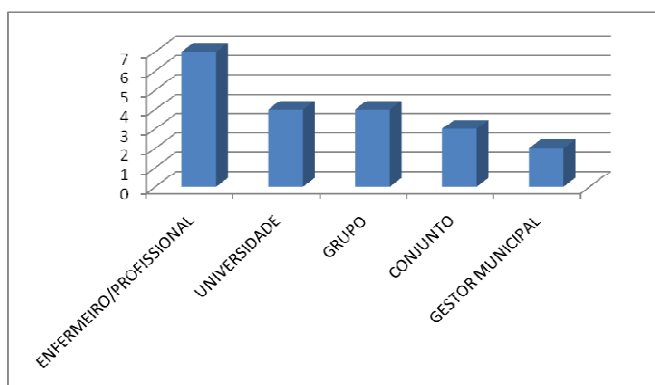
GRÁFICO 2 – RESPONSABILIDADE PELA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DOS ENFERMEIROS



Abordados sobre qual o agente social mais preparado para gerenciar a formação complementar no município, o Enfermeiro / Profissional foi citado por sete dos participantes, seguido pela instituição de ensino Universidade e pela formação de um grupo para o gerenciamento, ambos com quatro citações. O gestor municipal foi citado por apenas dois participantes, mesmo sendo considerado o responsável pela qualificação dos profissionais.

Esta constatação pode estar pautado no fato de que os currículos dos cursos de formação em enfermagem contemplam módulos que fazem referência à administração e gerenciamento, explicando a escolha deste profissional para gerenciar a formação complementar no município.

GRÁFICO 3 – RESPONSABILIDADE PELA GESTÃO DA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR



Apesar de o grupo reconhecer o enfermeiro como profissional capacitado para gerenciar as capacitações, e as disciplinas de gerenciamento/administração serem, dentro da área da saúde, quase uma exclusividade da formação destes, são poucos os profissionais que já foram consultados ou convidados a participar da criação ou implementação de alguma capacitação profissional pública.

TABELA 9 – PARTICIPAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO OU CRIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PÚBLICA

VARIÁVEIS	F	fr %
PARTICIPOU	5	29,41
NÃO PARTICIPOU	12	70,59
TOTAL	17	100

Dos 29,41% (5) profissionais que responderam sim a esta questão, nenhum teve participação na criação de capacitação profissional pública e sim em implementação de programas já existentes, ou como convidado. Não aparecendo no grupo entrevistado a figura apontada por eles próprios como a mais capacitada para coordenação, o profissional enfermeiro.

Para estar atento às políticas e programas de formação complementar públicas, é necessário que se participe ou se tenha conhecimento das decisões políticas que são tomadas sobre o assunto, principalmente quando relacionadas à área de atuação profissional. O quanto os entrevistados não acompanham as decisões políticas foi mostrado através da tabela a seguir.

TABELA 10 – CONHECIMENTO DAS DECISÕES POLÍTICAS SOBRE CAPACITAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

VARIÁVEIS	f	fr %
CONHECE	3	17,65
NÃO CONHECE	13	76,47
Não Sabe	1	5,88
TOTAL	17	100

A decisão política nem sempre se transforma em ações sobre determinados assuntos, como cita o entrevistado cinco: “Sim, a decisão política municipal de não se preocupar com isso, essa é uma decisão política que faz muita diferença, aqui não tem preocupação infelizmente”.

A participação desse profissional na sociedade também foi questionada e obtivemos dados um tanto quanto surpreendentes. Em relação a sua área de atuação (tabela 11) 70,59% não participam de nenhum conselho ou movimento. E quando se trata de conselho ou movimento de qualquer outro setor que não o da saúde (tabela 12) esse percentual sobe para 82,75% de não participação.

TABELA 11 – PARTICIPAÇÃO EM CONSELHO OU MOVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE

VARIÁVEIS	f	fr %
PARTICIPOU	5	29,41
NÃO PARTICIPOU	12	70,59
TOTAL	17	100

A participação social na área da saúde para alguns está vinculada a obrigatoriedade em relação ao trabalho executado na Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul

“Participo do conselho municipal de saúde, na época por pressão.”
(entrev 5)

“Participo do comitê de mortalidade infantil porque fui convidada pelo trabalho.” (entrev 6)

“Suplente no conselho do idoso, justamente por trabalhar nesse meio citaram o meu nome.” (entrev 11)

E esta participação cessa na medida em que a obrigação funcional se desfaz, como diz o entrevistado dezoito “participei (...) pela área que estava atuando, (...) e parei de participar porque saí da área.”.

TABELA 12 – PARTICIPAÇÃO EM CONSELHO OU MOVIMENTO DE OUTRO SETOR QUE NÃO A SAÚDE

VARIÁVEIS	f	fr %
PARTICIPOU	3	17,65
NÃO PARTICIPOU	14	82,35
TOTAL	17	100

Já a participação social em outros setores, embora menos freqüente ainda, não guarda relação com a anterior pois apresenta o componente da não obrigatoriedade.

“Sou da diretoria da associação de moradores, porque eu acho importante e quero mudanças, fui convidada e foi por livre e espontânea vontade...” (entrev 5)

“Tradicionalista por vontade.” (entrev 16)

Quando analisamos as questões referentes ao eixo 6 da entrevista, que trata da participação em programas de capacitação e aborda o envolvimento do profissional na sociedade, sete (7) participantes responderam “NÃO” a todas as quatro perguntas, demonstrando a fragilidade da coesão social neste grupo.

“Uma vergonha né? Que vergonha o não nas questões a gente não participa de nada e quer mudar.” (entrev 3)

“Todas não. Que vergonha o não nas questões 6.” (entrev 4)

4.3 Os Significados e Significâncias da Formação Complementar

Um dos objetivos do estudo era também avaliar o qual o impacto de mudança a formação complementar traz para o profissional enfermeiro do sistema público de saúde de Santa Cruz do Sul. Quando abordamos os participantes em relação ao acréscimo profissional de se possuir uma formação complementar, 94,12% (16) disseram existir algum tipo de acréscimo, como demonstra a tabela 13.

TABELA 13 – ACRÉSCIMO PROFISSIONAL DE POSSUIR FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

VARIÁVEIS	f	fr %
SIM	16	94,12
NÃO	1	5,88
TOTAL	17	100

Percebemos que os participantes materializaram este acréscimo profissional com falas que demonstram o aumento de conhecimento de uma maneira geral.

“Acho muito importante pra conhecimento né? Pro dia-a-dia, tem o seu valor.” (entrev 2)

“Pelo conhecimento né?(...) num mercado de trabalho que é bastante seletivo.” (entrev 3)

“Amplia o campo de atuação da gente, até a visão que a gente tem dá uma ampliada, até mesmo quando não é na área atual.” (entrev 5)

“Sim , a graduação ela é geral, agente acaba vendo um pouquinho de cada coisa e eu senti necessidade de aprofundar mais as áreas que eu gostava mais e que eu tinha interesse de trabalhar e que eu achei que seria um campo mais promissor.” (entrev 12)

“Tudo que vem para capacitar a gente e complementar as informações que a gente tem e fortalecer o conhecimento ela cresce muito.” (entrev 13)

Também relacionaram esse acréscimo de conhecimento profissional com uma mudança positiva da maneira de trabalhar. E essa mudança pode ser observada no relacionamento interpessoal, seja com colegas ou com os

pacientes.

“A gente trabalha melhor, o contatos com outros profissionais melhora, mais conhecimento.” (entrev 4)

“Conhecimento, agilidade no trabalhar, até na maneira de discutir com outros profissionais.” (entrev 9)

“Muito, no atendimento prestado ao cliente, um atendimento de maior qualidade.” (entrev 10)

“Com certeza, acresce no conhecimento no modo de lidar com pessoas com situações e ajuda a formar a tua vida profissional.” (entrev 14)

“No momento do atendimento à clientela, acho que ajuda também na forma de como a gente orientar, na minha área educação me mostra bastante como se processa a formação do ser humano e como a gente pode usar isso e transformar isso em conhecimento científico.” (entrev 18)

A mudança também foi sentida na forma de crescimento intelectual aplicado para o ambiente de trabalho, ou na obtenção de posto de trabalho.

“Claro que acresce, porque tu adquires conhecimento que pode aplicar no seu dia-a-dia.” (entrev 6)

“Com certeza, te dá uma noção do que tu vai desempenhar, eu não sabia o que eu ia fazer, então me deu todas as diretrizes, só que dentro de uma outra realidade (...) foi muito importante.” (entrev 7)

“Muito, muito, porque traz benefícios pro profissional, você tá se atualizando, tá tendo uma educação complementar e contínua, tá tendo acesso a informações, discussões sobre temas bem do nosso cotidiano, bem da realidade com que a gente trabalha, tem acesso a autores, enfim há um aperfeiçoamento.” (entrev 11)

“Bastante, tanto que acrescentou que eu consegui passar no concurso.” (entrev 16)

Um contraponto interessante foi a obtenção de discursos que demonstram o profissional desmotivado, que não observa ou não acredita na vantagem do conhecimento apontado pelos demais participantes do estudo.

“A gente não tem nenhum incentivo(...) estou perto de me aposentar, não tenho mais interesse em pós-graduação.” (entrev 2)

“Pouca coisa, é mais o título que tu obtém.” (entrev 15)

Existe a dimensão financeira do acréscimo profissional. Quando se fala de questões ligadas ao aspecto profissional a contrapartida financeira é sempre avaliada, embora poucas vezes citada.

“... tem alguns locais, como por exemplo, a instituição(educacional) que eu atuo que valoriza a formação complementar, então a gente tem um “plus a mais”, daí eu estou falando financeiramente, por essa formação.” (entrev 3)

O acréscimo de conhecimento muitas vezes extrapola as questões

puramente profissionais, ela modifica hábitos. Após a aquisição de um aprendizado, de qualquer natureza, a bagagem cultural do indivíduo se altera. A capacidade de argumentação, como foi descrita pelos participantes é maior, denotando uma maior capacidade cognitiva adquirida conjuntamente a esse conhecimento.

“Com certeza, eu acho que a gente exige mais da gente, em buscar mais conhecimento, procurar esclarecer as dúvidas e o hábito também, a coisa tá sempre mudando um monte de coisa e tu não pode ficar parado no tempo, não é simplesmente tu ter um título, tu tem que ler muito, buscar o conhecimento, acrescenta bastante.” (entrev 17)

“Com certeza, qualquer curso ou qualquer formação que se faça, acrescenta tanto pessoal quanto profissionalmente.” (entrev 18)

Os aspectos pessoais em relação à formação complementar também foram discutidos, e encontramos em 88,24% (15) dos participantes indicações positivas do acréscimo pessoal, conforme mostra a tabela 14.

TABELA 14 – ACRÉSCIMO PESSOAL DE POSSUIR FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

VARIÁVEIS	F	fr %
SIM	15	88,24
NÃO	2	11,76
TOTAL	17	100

Assim como no acréscimo profissional, alguns participantes obtiveram uma impressão mais implícita do acréscimo pessoal, definidas como uma mudança que é sentida, mas difícil de explicar.

“Eu acho que isso é uma coisa mais implícita assim, mais tranqüila, não é tão declarado assim. Mas com certeza que eu acho que tem uma influência muito grande, eu acho que tem sim.” (entrev 3)

“Não dá pra negar, sempre cresce(...) não tem como não mudar(...) a forma de tu te relacionar, sempre tem uma pequena mudança,(...) não é mais a mesma coisa.” (entrev 5)

O Conhecimento é a personificação dessa dificuldade de materializar o acréscimo pessoal, por que se percebe essa mudança difícil de explicar

através do aumento da gama de instrumentos que auxiliam no enfrentamento de problemas cotidianos.

“Conhecimento, conhecimento sempre é bom(...).Eu vejo como uma satisfação pessoal, não que alguém diga, mas aquela coisa “pô” aprendi uma coisa nova (entrev 8)

“Sim, amplia a nossa maneira de pensar, quando a gente sai da universidade a gente “sai cru” e depois com um curso de pós-graduação ou especialização os nossos horizontes acabam se ampliando cada vez mais.” (entrev 10)

A mudança sentida na relação com os familiares é observada em alguns trechos. O aumento da qualidade do diálogo e o respeito dentro do grupo familiar foram citados.

“Melhora o vocabulário, posso conversar com o marido advogado sobre questões trabalhistas, conhece pessoas diferentes, sinto uma mudança significativa, me sinto melhor.” (entrev 4)

“Acresce sim, até na maneira de tu falar com as outras pessoas, de discutir, tu tens outros assuntos. Parece que eles(familiares) te respeitam mais, tu tem mais conhecimento.” (entrev 9)

“A gente acaba tendo um diálogo maior em casa, então se reflete na tua família quanto na família do cônjuge” (entrev 11)

“A minha eu acho que cresceu, eu aprendi a trabalhar melhor com as minhas sobrinhas. A minha maneira de entender elas e para educar, porque eu participo bastante, a minha irmã também é professora e a gente discute bastante e acho que essa formação que eu tive que foi na área de educação enfatizou bastante isso, da forma de cuidar da forma de ensinar.” (entrev 18)

Assim como o relacionamento com as outras pessoas, sempre ressaltando um aumento na qualidade destas relações.

“A capacitação nos obriga, nos faz correr atrás, ler mais, pesquisar, vai mudar a nossa maneira de pensar, a nossa maneira de falar, muitas vezes até a maneira de se portar em um grupo.” (entrev 10)

“A gente conhece novas pessoas, a gente volta a estudar.”(entrev 14)

“Acho que também, tanto por conhecer novos colegas, tem gente de várias instituições diferentes, acho que cresce bastante. No próprio amadurecimento, crescimento pessoal, experiências vividas, adquirir maiores conhecimentos.” (entrev 17)

Também foi citado pelo entrevistado doze que a formação complementar possibilitou “criticar mais a realidade, o que a gente escuta, no jornal, no rádio, o que a gente lê(...).principalmente depois da residência que a metodologia é problematizadora. Pensar mais profundamente sobre as coisas.”.

Os profissionais de enfermagem possuem hoje no Brasil, na maioria dos contratos, uma jornada de 36 horas semanais, que é cumprida muitas vezes em regime de plantão (24h). Essa característica de carga horária possibilita que o trabalhador possua mais de um emprego e se sujeita ao cumprimento de dois ou mais dias ininterruptos de trabalho.

Muitas vezes não há como separar a vida privada da profissional. Embora seja necessário, a vida privada do indivíduo e sua vida profissional, em alguns momentos, se imbricam.

“Claro que muda, muda até a tua relação, né?(...) não existe válvula de liga e desliga da vida pessoal e a vida profissional, muitas vezes ambas se confundem(...) eu acho que tudo que tu puder acrescentar na tua vida profissional, vai refletir sim na tua vida pessoal e vice-versa. Se tu tem uma vida pessoal tranqüila, harmonizada, também vai influenciar sem dúvida nenhuma.” (entrev 3)

“Tanto no trabalho quanto na vida o que vem para somar conhecimento é sempre bem vindo.” (entrev 13)

“Acrescentou bastante, na vida minha diária, tanto pessoal como profissional.” (entrev 16)

Os profissionais da saúde, por sua característica de carga horária e regime de trabalho, comumente passam a maior parte do dia no ambiente de trabalho, contribuindo para que essa conjunção aconteça.

“Acho que tudo cresce, todo conhecimento que a gente adquire, leitura complementar, há acréscimo tanto profissional quanto pessoal. Melhora a relação com os colegas de trabalho.” (entrev 6)

“Acho que sim, conheci novos profissionais, uma outra realidade, pacientes, com certeza, acho que sim.(...) conhece mais o lado social para poder melhorar a tua abordagem.” (entrev 7)

“Acredito que sim, em termos pessoais também porque você passa a ser sujeito de ações e de atitudes e você passa a entender elas melhor as tuas ações, porque elas acabam refletindo no teu dia-a-dia. Então tu tendo mais conhecimento tu tem mais possibilidade de melhorar o atendimento e ao mesmo tempo a tua vida também, tu consegue gerenciar ela melhor, porque as coisas mudam muito. A gente percebe muito isso na área da saúde(...)Então acredito que ela traz benefícios pessoais sim porque ela faz tu repensar a tua vida também.” (entrev 11)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo discutiu a formação complementar dos enfermeiros do sistema público de saúde de Santa Cruz do Sul, o que preconiza a legislação e os programas que são oferecidos para tal.

A discussão sobre formação de “educação para o trabalho” reacendeu a relação entre o direito à educação de qualidade e à educação profissional, formadora de mão-de-obra, que ainda persiste na prática. Observa-se que mesmo com o aporte legal, que reza apoio à formação de recursos humanos de qualidade na saúde, há pouco estímulo a Política de Recursos Humanos, aquém do que é preconizado pelo SUS, nas três esferas de governo

Um ponto de convergência entre os entrevistados foi a insuficiência dos programas públicos de formação complementar, que se apresentou exposto na pouca quantidade de programas oferecidos e também na qualidade precária da sua divulgação. O que acaba tornando difícil o acesso dos profissionais a esses tipos de programas.

A grande maioria do público entrevistado apresentou algum tipo de formação complementar, o que significa que deram andamento ao processo de aprendizado após a formação superior básica. Porém essa continuidade estava ligada à necessidade direta do trabalho e/ou do empregador, garantindo a permanência desse profissional na atividade exercida.

Ficou claro no estudo que a formação complementar está ligada a uma necessidade de trabalho para os enfermeiros entrevistados, portanto adequar a formação complementar à realidade regional é importante, e ao mesmo tempo difícil quando o planejamento é realizado somente pelo Ministério da Saúde. Um país com dimensões continentais precisa repensar a regionalização do planejamento da formação de recursos humanos na saúde.

Ainda nos encontramos com muitas interrogações sobre o novo modelo de federação brasileiro, que mantém traços evidentes de centralização do poder decisório e quase que ausência total de mecanismos cooperativos entre os poderes executivos, o que causa uma enorme confusão de papéis e responsabilidades entre os gestores das três esferas de governo, prejudicando esta relação.

Esta falta de clareza das responsabilidades práticas das três esferas governamentais para com a educação em saúde produz um incentivo governamental, principalmente estadual e municipal, quase inexistente.

Outro ponto de convergência no estudo se deu em relação ao praticamente inexistente incentivo recebido para a realização de formação complementar. Os participantes apontam o gestor como o grande responsável pelo incentivo, e legalmente ele é, porém acreditam que essa responsabilidade será assumida sem que nenhum mecanismo de sugestão ou até pressão necessite existir para isso.

Esses mecanismos surgem ou são criados quando a participação desses profissionais é organizada. Esse comportamento foi questionado quanto às participações deste grupo na sociedade, seja ela em fóruns ligados a profissão ou não, e o resultado foi de pouca e às vezes nenhuma participação, evidenciando um comportamento mais ligado ao individual do que ao coletivo.

Assim, acabam eximindo o próprio profissional dessa responsabilidade, deixando de assumir uma postura diferenciada, em termos de exigências dos seus direitos, frente à questão da formação complementar.

Quando o grupo assume essa atitude passiva diante da responsabilidade pela sua formação complementar, mesmo entendendo que o enfermeiro é um profissional capacitado para o gerenciamento da mesma, a ação fica refletida na pouca participação na criação e implementação de capacitações profissionais públicas.

Alheia a vontade contrária, ainda vemos a engrenagem enferrujada das políticas de saúde rodando na direção do conservadorismo. Não menos fortes, mas talvez menos articulados, resistem algumas vozes advindas dos setores intelectuais e políticos que não se cansam em discutir esse fenômeno, mantendo franco e aberto o debate sobre o trinômio saúde-trabalho-educação.

Neste ínterim emerge o fundamental papel das instituições de ensino e de intelectuais ligados a saúde. Pesquisar, estudar e criar ações para uma educação em saúde regionalizada e que atenda os anseios dos trabalhadores locais, finalizando na concretização de um atendimento mais digno e próximo das necessidades da população.

Entender esse fenômeno como um prisma, donde cabem diversos olhares e interpretações, e tentar usá-lo nas diversas arenas decisórias a que temos acesso, como ação, é um desafio ético, porque de qualquer maneira é inevitável que façamos parte desse processo.

Uma das saídas talvez seja a criação de comissões técnicas junto aos conselhos municipais e também nas secretarias de saúde, para garantir financiamento para o ensino, pesquisa e extensão em saúde dentro do SUS. Fortalecer os mecanismos de avaliação na saúde, principalmente nos aspectos que tangem a formação complementar e fazer respeitar a legislação vigente.

Havendo uma articulação da sociedade civil organizada, instituições de ensino, controle social, e apoio técnico, político e financeiro dos gestores do SUS, potencializa-se a Política de Formação de Recursos Humanos para a área da Saúde, fazendo com que ela seja efetivamente implantada.

Fica evidenciado nas entrevistas que possuir formação complementar acresce profissionalmente e pessoalmente. O aspecto profissional auxilia o enfermeiro a se colocar melhor diante de desafios que o trabalho exige, além de instrumentalizá-lo nas discussões e na garantia do produto final do seu labor, que é o bem estar das pessoas que necessitam dos seus serviços. Já o aspecto pessoal lhe confere a reafirmação de seu papel junto à família e a sociedade, satisfação pessoal e posição crítica em relação ao mundo que o rodeia.

O estudo nos possibilitou entrar em contato com a opinião e reflexão de profissionais que estão inseridos na assistência do nosso sistema de saúde, reconhecidos pela literatura da política como “street level bureaucracy”, ou seja, aquele profissional que está na ponta do sistema e que dele depende diretamente a aplicação final das políticas de saúde.

A discussão realizada acerca dos dados levantados nos possibilita obter um indício de como está funcionando o trinômio saúde-trabalho-educação no SUS de Santa Cruz do Sul. E serve de ponto de partida para que possamos pensar em mudanças que melhorariam o sistema, além de servir de subsídio para discussões e investigações mais amplas sobre o assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALMEIDA, Maria C. P. de. **A Formação do Enfermeiro Frente à Reforma Sanitária**. Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília. 1986.
2. BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. Coletânea organizada por Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983.
3. BRASIL, **A educação permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde, conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, Ministério da Saúde. 2005.
4. BRASIL, **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório Final Ministério da Saúde. In: Cadernos Recursos Humanos Saúde. Brasília, v.1, n.º 1, 1993.
5. BRASIL, **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório Final Ministério da Saúde. In: Cadernos Recursos Humanos Saúde. Brasília, v.2, n.º 1, 1993.
6. BRASIL, **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 1986.
7. BRASIL, **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 1992.
8. BRASIL, **Manual para Organização de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde**. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. **VER SUS**. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acessado em: 01 Dezembro de 2007.
10. BRASIL, **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2005b.
11. CECCIM, Ricardo B. et al. **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 7 (2) p.373-383, Rio de

Janeiro, 2002

12. CHIZZOTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2 ed. São Paulo. Cortez, 1995.
13. COGO, Ana L. P. **Ensino de Auxiliares de Enfermagem: Racionalidades que Orientam as Ações Docentes em uma Escola de Qualificação Profissional**. 1994. 118 f. Dissertação. Mestrado em Educação, -Faculdade de Educação. Pontifícia Universidade Católica. Porto Alegre. 1994
14. COSTA, A. E. et al. **Os Pré-Juizos e a Tradição na Enfermagem**. Rev. Esc. Enfermagem da USP v.29 n3 p 261-266. São Paulo. 1995
15. DELUIZ, Neise. et al **Referenciais Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências do PROFAE**, Brasília: MS/PROFAE, 2000.
16. DUGUÉ, Elisabeth. **A lógica da competência: o retorno do passado**. In: TOMASI, Antônio (org.). **Da qualificação à competência: pensando o século XXI**. Campinas: Papyrus, 2004.
17. FARAH, Beatriz F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG**. UERJ, Rio de Janeiro, RJ. 2006.
18. FERNANDES, Florestan. **Educação e sociedade no Brasil: Educação e sociedade no Brasil**. EDUSP, São Paulo: Dominus, 1966.
19. FONSECA, Celso Suckow. **História do Ensino Industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Técnica, 1961. v1
20. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra. 1975.
21. FRIGOTTO, Gaudêncio, et al **A Política de Educação Profissional no Governo Lula: Um Percorso Histórico Controvertido**. Campinas. Rev. Educação Social vol26 n92, p1087-1113, out 2005. 2005.
22. GADOTTI, Moacir, et al **Perspectivas Atuais da Educação**. POA, Artes Médicas. 2000.
23. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo. Atlas. 1999.
24. GIRADE, Maria da Graça, et ali, **Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos**. Revista da Escola de Enfermagem USP nº 40(1): pg105-110, São Paulo, SP. 2006.

25. KUENZER, Acacia Zeneida. **A Reforma do Ensino Técnico no BR e Suas Conseqüências** in: Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, v6 n20, p.365–383, jul/set. 1998.
26. LAFONTAINE, Danielle. **O Desenvolvimento Regional e Territorial: Um Novo Paradigma?**. In: Redes, Santa Cruz do Sul, v10 n3 set/dez/2005 p 196-228.
27. LEVCOVITZ, Eduardo et al. **Política de saúde nos anos 90: Relações Intergovernamentais e o papel das NOB básicas**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol6 n2. Rio de Janeiro. 2001.
28. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo. EPU. 1986.
29. MINAYO, M. Cecília de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6 ed. São Paulo. Hucitec-Abrasco. 1999.
30. OPAS/OMS - Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (HSR-HSP). **El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud**. Buenos Aires: OPAS, 1997.
31. PADILHA, M. C. **A Mística do Silêncio – A Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do RJ no séc. XIX**. Pelotas. Ed UFPEL. 1998.
32. PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5ed, Rio de Janeiro, Júlio Reis. 1979.
33. PERRENOUD, Philippe. **Construir as Competências desde a Escola**. Trad. Bruno Charles Magne. POA. Artes Médicas. 1999.
34. PUTNAM, Robert D. **Comunidade e Democracia - a experiência da Itália moderna**, RJ, ed. Fundação Getúlio Vargas, 1996.
35. ROMANELLI, Otaíza de O. **História da Educação no Brasil (1930/1973)**. Petrópolis: Vozes, 1980.
36. SANTANA, José Paranaguá et AL, **Formação Profissional em Saúde: desafios para a universidade**, Texto do Curso de Especialização em Desenvolvimento de RH de Saúde. Belo Horizonte, MG. UFMG, 2000.
37. SORDI, M. R. L. de, BAGNATO, M.H.S. **Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: O desafio da virada do século**. Rev. Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 6, n.2, p. 83-88, abril 1998.

38. SOARES, José F. e SIQUEIRA, Arminda L. **Introdução à Estatística Médica**. 1º ed. Belo Horizonte. Dep. de Estatística. UFMG. 1999.
39. SOUZA, Maria G. G., **Programas de Qualificação Profissional: Uma Análise Sobre o Fazer Pedagógico**, UFBA, Bahia, 2001.
40. SUS - RS, **Descentralizando e Democratizando o Saber**. 1º ed. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. 1996.
41. TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: Pesquisa Qualitativa em Educação**. 1 ed. São Paulo. Atlas.1987.
42. VIEGAS, Moacir F. **Organização Curricular dos Cursos de Educação de Jovens e Adultos Implementados por Empresas: Mudança de Foco do Currículo Prescrito**. In: Erecilda de Assumpção; Marinês Ulbrike Costa. (Org.). **Organização Curricular na Educação Básica**. Erechim: URI, 2005, v. 1, p. 61-79.
43. VILARINHO, Lúcia R. G. **Educação continuada e educação à distância: anomalias no contexto do paradigma tradicional de ensino?** In: Reunião Anual ANPEd, GT 04 - Didática, 24, Caxambu. MG. 2001.
44. WEIGELT, Leni D. **O SUS e os Profissionais da Saúde de Nível Universitário da Rede Pública de Santa Cruz do Sul**. Santa Cruz do Sul. RS Edunisc. 2001.
45. www.datasus.com.gov, Ministério da Saúde Br, último acesso em 01 de dezembro de 2007
46. www.fee.tche.br Fundação de Economia e Estatística do RS, último acesso em 01 de dezembro de 2007
47. www.ibge.gov.br Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, último acesso em 01 de dezembro de 2007

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **“A Formação Complementar dos Enfermeiros do Sistema Público de Saúde de Santa Cruz do Sul à Luz de Políticas Públicas de Capacitação”**

Nome do Pesquisador: Carlos Roberto de Lima Machado Júnior

Nome do Orientador: Dr. Moacir Fernando Viegas

1. **Natureza da pesquisa:** o Sr. (a.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade descrever a formação complementar dos profissionais de nível superior de Santa Cruz do Sul.
2. **Participantes da pesquisa:** enfermeiros do sistema público de saúde de Santa Cruz do Sul.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o Sr. (a) permitirá que o pesquisador utilize os dados do questionário somente para fins de pesquisa. O Sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através de contato com o pesquisador.
4. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
5. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e o orientador terão acesso ao banco de dados.
6. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a capacitação em saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir de forma efetiva para o desenvolvimento regional. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, de forma exclusivamente científica.
7. **Pagamento:** o Sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

1 Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu,

_____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Carlos Roberto de Lima Machado Júnior

Prof. Enf. Mestrando

PPGDR – Mestrado UNISC

CONTATO: Carlosjr1977@ibest.com.br; Fone: (51) 98415994

ANEXO II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1)Nº do questionário:_____ 1.2)sexo:_____ 1.3)idade:_____

1.4)ano da graduação:_____ 1.5)local de graduação:_____

1.6)local de trabalho:_____

1.7)área específica (PS, PSF, Emergência Adulto, Emergência Pediátrica, Psiquiatria, Ginecologia, Infectologia, Odontologia, outro, qual?)_____

2) FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

2.1)Você possui alguma formação complementar pós-formação de nível superior?

1)() Sim 0)() Não

2.1.1)Qual(ais)?

2.2)Se possui, em qual Instituição e período realizou essa formação?

2.3)Com que objetivo realizou essa formação?

2.4)Se possui, a formação trouxe benefícios para sua área específica de trabalho atual?

1)() Sim 0)() Não

2.3.1)Quais?

2.5)Você participou de algum programa público para obter essa formação?

1)() Sim 0)() Não

2.4.1)Qual(ais)?

3) SIGNIFICADO DA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

3.1)Você considera que possuir formação complementar acresce profissionalmente?

1)() Sim 0)() Não

3.1.1)O que acresce?

3.2)E na vida pessoal, independentemente do trabalho?

1)() Sim 0)() Não

3.2.1)O que cresce?

4) CONHECIMENTO E ACESSO AOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CAPACITAÇÃO EXISTENTES

4.1)Que programas públicos de capacitação você conhece?

4.2)Você considera que esses programas que você conhece são suficientes para uma boa formação complementar do enfermeiro?

1)() Sim 0)() Não

4.2.1)Por quê?

4.3)Como servidor do Sistema Único de Saúde você se sente contemplado por formação complementar pública?

1)() Sim 0)() Não

4.3.1)Por quê?

4.4)Você acredita que esses programas são de fácil acesso a todos que queiram participar?

1)() Sim 0)() Não

4.4.1)Por quê?

4.5)Que outros tipos de programa você considera que seriam necessários para uma boa formação complementar?

5) ADEQUAÇÃO DA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR ÀS NECESSIDADES REGIONAIS

5.1)Quais são, na sua opinião, as principais necessidades regionais a serem atendidas em programas de capacitação para profissionais de nível superior?

5.2) Os programas de capacitação existentes são adequados a realidade regional?

1) () Sim 0) () Não

5.2.1) Por quê?

5.3) Quem é(são), na sua opinião, o(s) responsável(eis) pela formação complementar dos enfermeiros do município de Santa Cruz do Sul? (se mais de um, qual o principal?)

5.4) Entendendo agentes sociais, como pessoas, instituições, governos ou organizações. Que agentes sociais você acha que deveriam gerenciar a(s) capacitação(ões)?

6) PARTICIPAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO PÚBLICA

6.1) Alguma vez você recebeu uma consulta ou foi convidado para participar na criação ou implementação de alguma capacitação profissional pública?

1) () Sim 0) () Não

6.1.1) Se sim, qual capacitação? Qual foi sua participação?

6.2) Você está a par das decisões políticas (Federais, Estaduais e Municipais) sobre capacitação na área da saúde?

1) () Sim 0) () Não

6.2.1) O que você sabe sobre isso?

6.3) Você participa de algum conselho ou movimento relativo ao setor saúde?

1) () Sim 0) () Não

6.3.1) Qual? 6.3.2) Por quê?

6.4) E relativo a outro setor?

1) () Sim 0) () Não

6.4.1) Qual? 6.4.2) Por quê?

ANEXO III

Santa Cruz do Sul, Dezembro de 2007

Ilmo. Sr. Carlos Eduardo Behn
Secretário de Saúde
Prefeitura Municipal
n/ cidade

Solicitação de Desenvolvimento de Pesquisa

Ao tempo que cumprimentamos cordialmente, vimos por meio desta, solicitar ao Sr Secretário de Saúde, autorização para o desenvolvimento da pesquisa **“A Formação Complementar dos Enfermeiros do sistema público de saúde de Santa Cruz do Sul à Luz de Políticas Públicas de Capacitação”**, com aplicação de questionário aos profissionais de nível superior da Secretaria de Saúde.

A pesquisa em questão será desenvolvida como Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e terá como objetivo geral a investigação da capacitação profissional posterior à formação superior dos profissionais dos enfermeiros do município de Santa Cruz do Sul à luz das políticas públicas de capacitação.

Todos os participantes receberão um termo de consentimento livre e informado e decidiram sobre sua participação. (anexo)

É sabido que a produção de conhecimento é fomentadora da excelência na práxis, trazendo benefícios reais aos que contemplam esse compromisso.

Certo de autorização, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Carlos Roberto de Lima Machado Júnior
Prof. Enf. Mestrando
PPGDR – Mestrado - UNISC

Moacir Fernando Viegas
Prof. Dr. Orientador
PPGDR – Mestrado – UNISC



Município de Santa Cruz do Sul
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Ernesto Alves, 858 – 2º andar – Fone (0XX)51 2109.9300 – CEP 96810-060 – Santa Cruz do Sul-RS

Santa Cruz do Sul, 29 de fevereiro de 2008.

Ao
Comitê de Ética em pesquisa da UNISC

Prezados Senhores,

Eu Jane Aline Kuhn, Secretária Municipal da Saúde, conheço o protocolo de pesquisa “A formação complementar dos enfermeiros do sistema público de saúde de Santa Cruz do Sul à luz de políticas públicas de capacitação” desenvolvido pelo professor Carlos Roberto de Lima Machado Junior e orientação do Dr. Moacir Fernando Viegas, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será desenvolvida e autorizo o desenvolvimento da pesquisa na instituição.

Atenciosamente,


Jane Aline Kuhn
Secretária Municipal de Saúde



Santa Cruz do Sul
JUNHO EM ALCE

ANEXO IV

Data do recebimento: 02/04/2008
Processo Nº 1988/08
Solicitante: Moacir Fernando Viegas
Título: A Formação Complementar dos enfermeiros do sistema Plúrico de saúde de Santa Cruz do Sul à Luz de políticas Públicas de capacitação.
Membro do Comitê:

Obs: Os números entre parênteses referem-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

I – Documentos exigidos para submissão à revisão ética (VI)

	Presente	Ausente	não necessário	necessita modificações
Carta de apresentação do projeto e confirmação do conhecimento de seu conteúdo assinada por de todos os pesquisadores além de identificação do responsável pelo projeto.	X			
Folha de rosto na qual constem: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nomes e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização (VI.1).	X			
Protocolo de Pesquisa em duas cópias. Se o protocolo for em língua estrangeira, cópia em português (VI e VII.11).	X			
Orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador (VI.2. j).	X			
Termo de Consentimento Informado (III.3. g e IV) ou justificativa com as causas da impossibilidade de obtê-lo (IV.3.c).	X			
Curriculum vitae (modelo Lattes) do pesquisador responsável e dos demais participantes (VI.4)	X			
Termo de responsabilidade do pesquisador em cumprir os termos da Resolução 196/96 do CNS (VI.5)	X			
Se pesquisa conduzida do exterior ou com cooperação estrangeira, documento de aprovação do protocolo de pesquisa no país de origem (III.3. s). Quando não estiver previsto o desenvolvimento do projeto no país de origem, a justificativa deve ser colocada no protocolo para apreciação do CEP da instituição brasileira. (Resolução 292/99 VII.2)			X	
Carta de conhecimento do conteúdo do projeto e autorização do Chefe de Departamento, atestando aprovação pela Unidade.	X			

II. Descrição da pesquisa (VI.2)

	Presente	ausente	não necessário	necessita modificações
Descrição dos objetivos e das hipóteses a serem testadas (VI.2.a)	X			
Antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem (VI.2.b)	X			
Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia) (VI.2.c)	X			
Análise crítica dos riscos e benefícios (VI.2.d)	X			
Duração total da pesquisa, a partir da aprovação (VI.2.e)	X			
Explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador (VI.2.f)	X			
Explicitação dos critérios de suspender ou encerrar a pesquisa (VI.2.g)	X			
Local da pesquisa: Detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa. (VI.2.h)	X			
Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados (VI.2.n)			X	
Se pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas ou testes diagnósticos, é adequada à Resolução 251/97.			X	

III. Informações sobre o sujeito da pesquisa (VI.3)

	Presente	ausente	não necessário	necessita modificações
Descrição das características da população a estudar, tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. (VI.3.a)	X			
Exposição das razões para utilização de grupos vulneráveis (VI.3.a)			X	
Descreve os métodos que afetem ao sujeito da pesquisa (VI.3.b)			X	
Descrição das fontes de material de pesquisa, tais como espécimes, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins (VI.3.c)	X			
Critérios de inclusão e exclusão (VI.3.d)				
Descrição das medidas de proteção e confidencialidade (VI.3.g)	X			
Prevê ressarcimento dos gastos decorrentes da pesquisa para os sujeitos (VI.3.h)			X	

IV. Termo de Consentimento Informado (IV)

	Presente	ausente	não necessário	necessita modificações
É redigido em linguagem simples e acessível (IV.1)	X			
Contém a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa (IV.1.a)	X			
Descreve os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados (IV.1.b)			X	
Descreve os métodos alternativos existentes (IV.1.c)			X	
Descreve a forma de acompanhamento, assim como seus responsáveis (IV.1.d)			X	
Contém a garantia de resposta a qualquer dúvida (IV.1.e)	X			
Contém a garantia de que pode abandonar a pesquisa antes e durante seu curso, sem prejuízo para si (VI.1.f)	X			
Contém a garantia do sigilo que assegura sua privacidade (IV.1.g)	X			
Descreve as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa (IV.1.b)			X	
Descreve as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (IV.1.i)			X	
Prevê a elaboração do Termo em duas vias (IV.2.d)	X			

V. Enquadramento do protocolo

APROVADO	
COM PENDÊNCIAS	X
RETIRADO	
NÃO APROVADO	
APROVADO E ENCAMINHADO AO CONEP	

Observações do Relator:

Assinatura do Relator:  COORD. CEP

PROJETO REELABORADO	SIM	NÃO
Aprovado		
Data: ___ / ___ / ___		
 Assinatura do Relator		