

Texto disponível no site da REDE UNIDA.

<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>

Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde

Eliana Cláudia de Otero Ribeiro
Diretora do Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde - NUTES/UFRJ

José Inácio Jardim Motta
Mestrando em Educação e Saúde do NUTES/UFRJ

1. A Educação Continuada/Permanente no Contexto das Políticas de Recursos Humanos

Ao tomarmos as Conferências Nacionais de Saúde e as de Recursos Humanos como marcos de definição política para o setor saúde, podemos observar que, apesar da importância da educação continuada/educação permanente vir crescendo, ainda assim apresenta-se vaga quanto ao seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e na reestruturação das formas de intervenção educativa no interior dos serviços de saúde. Um breve resumo sobre as principais idéias formuladas nestas Conferências nos permite avaliar este quadro.

Nas duas primeiras Conferências (1941, 1950), a abordagem de recursos humanos limita-se a disposições mais gerais relativas à formação de nível superior, centrada na figura do profissional médico. Esta discussão amplia-se na terceira Conferência (1963), incorporando preocupações relativas a preparação de "pessoal de nível técnico", preparação esta definida a partir de demandas originadas nos programas e projetos estabelecidos.

Nos anais da IV (1967) e da V (1975) Conferências, surge o termo treinamento em serviço, definido a partir das necessidades de atualização de nível médio. Todavia, é durante a VI Conferência (1977), que a educação continuada aparece de forma explícita, referindo-se à necessidade de que a carreira de sanitarista (cuja implantação foi aí recomendada) teria de acoplar novos conhecimentos à sua formação inicial.

Na VII Conferência (1980) a educação continuada vem relacionada a projetos de extensão de cobertura. Neste sentido, ressaltam-se propostas que visam a implantação de programas de integração docente-assistencial e a educação.

A VIII (1986) e a IX (1992) Conferências reconhecem a importância da área de recursos humanos no interior das políticas de saúde e convocam Conferências específicas sobre o tema.

Elevada a um patamar de maior importância, a primeira Conferência de Recursos Humanos (1986) chega a definir educação continuada como um " processo organizado permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários", afirmando que este deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo a médio prazo interferir mais fortemente na graduação universitária.

A segunda Conferência (1993), em seu capítulo sobre as políticas de preparação e gestão de recursos humanos, propõe dentre outras, a "criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde" e "criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional".

O que podemos observar através desta breve passagem pelas Conferências, é que, se por um lado a educação continuada cresce nos discursos, no que se refere à formulação de propostas permanece no campo de proposições ainda demasiado genéricas. Um recente documento publicado pelo Ministério da Saúde sob o título de "Política de Recursos Humanos para o SUS, Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde" (MS-1995) apenas confirma esta observação. No referido documento, o "fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde", é definido como uma das quatro prioridades de Ministério, e assim aparece na abrangente proposta formulada: "fomento ao desenvolvimento e à aplicação de metodologias educacionais voltadas para a educação continuada do pessoal dos serviços, que permitam sua qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS, através das Escolas e Faculdades de Ciências da Saúde, as quais teriam, assim, espaço concreto para efetuação de seu declarado compromisso com o interesse social por melhores serviços à população, o que, em última instância, se refletiria no desenvolvimento do próprio ensino de graduação".

Observamos, assim, nos documentos das Conferências uma caracterização vaga dos processos de educação continuada/permanente no que diz respeito às suas dimensões metodológicas, organizacionais e estratégicas.

Acreditamos que a aproximação da X Conferência Nacional de Saúde tem o potencial de convocar todos aqueles que se mobilizam pelo compromisso de melhoria do cuidado às pessoas para uma reflexão sobre os limites e possibilidades das práticas educativas nos serviços para a transformação da assistência à saúde. Nossa contribuição ao debate está baseada na reflexão sobre o campo de formação de recursos humanos em saúde, circunscrita à nossa experiência de trabalho.

2. Educação Continuada/Educação Permanente: Questão Semântica?

A produção teórica sobre o campo da educação permanente permite, a nosso juízo, que se faça uma distinção clara e inequívoca entre educação continuada e permanente. Apesar de ambas conferirem uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação, correspondente às necessidades das pessoas durante toda a vida, assentam-se em princípios metodológicos diversos.

I A Educação Continuada

Segundo Ricas (1994), a educação continuada "englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais".

De alguma forma, todos nós temos experiências com iniciativas de educação continuada. Inscrevemo-nos em cursos, congressos e eventos por interesses pessoais e profissionais. Outras vezes, a instituição em que trabalhamos promove e organiza eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços, às vezes autorizando-os e apoiando-os para que realizem cursos fora da sede do município, do estado ou do país.

De forma freqüente, as demandas oriundas das esferas de gestão dos serviços e das necessidades sentidas pelos profissionais têm uma resposta comum sob a perspectiva da educação continuada, assim caracterizada por Nunes (1993): "alternativas educativas, mais centradas no desenvolvimento de grupos de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo". Assim, as necessidades da implementação de novos programas e ações de saúde nos serviços, da organização de respostas a novas demandas dos usuários, da reorientação das políticas sanitárias e das necessidades de atualização dos profissionais (muitas vezes organizadas em listas de demanda por treinamento preenchidas individualmente em decorrência

da necessidade de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas e de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico), têm a mesma resposta, orientada pela concepção de que "as mudanças desejadas para as instituições se alcançam basicamente desde a acumulação da informação e se direcionam eficazmente pela difusão de informações e políticas"(Davini,1994).

Mejia, citado por Davini (1994), conceitua a educação continuada como "o conjunto de experiências que se seguem à formação inicial e que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades". Sob esta ótica, caracteriza-se a competência como atributo individual vinculado ao domínio de conhecimento e habilidades para a qual, sem dúvida, as ações de educação continuada podem contribuir e de forma valorosa.

Mas será que o aumento ou atualização de conhecimentos é uma condição suficiente para a transformação das práticas institucionais? Será que o domínio de mais informações assegura o desenvolvimento das responsabilidades dos profissionais? O conhecimento atualizado se constitui em razão suficiente para modificação dos processos de trabalho e das relações de trabalho entre os profissionais?

Responder a estas questões implica, em primeiro lugar, na revisão das concepções pedagógicas predominantes que, ao entenderem a prática como mera aplicação do conhecimento, esvaziam-na de sentido e estabelecem uma relação linear e simplista entre o saber e o fazer. Em seus cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do "como deveria ser", tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra. "O curso foi ótimo, os serviços é que não oferecem condições para o nosso trabalho, são frustrantes". Talvez seja esta a frustração latente que origine expressões do tipo "os profissionais que *sofreram* treinamento este ano...". É este mesmo conhecimento, no entanto, que lhes confere uma autoridade profissional que usam como recurso frente ao paciente e que, como diz Rovere (1994), "dá lugar a uma legitimação da certeza e a uma valorização da segurança. Isto impediu na prática até hoje uma discussão em profundidade da maneira como o trabalhador e o profissional de saúde aprendem, mas o que é tão ou mais importante: a reinterpretação da natureza dos contratos ou formas de relacionamento que se estabelecem entre o médico e o paciente e entre a população e os serviços de saúde". Em outras palavras, de alguma forma se nega a compreensão de que nossa experiência cotidiana de trabalho e as situações reais vivenciadas por nós com nossos pacientes representam uma aprendizagem permanente.

Em segundo lugar, rever as práticas de educação continuada implica na revisão das concepções predominantes sobre o trabalho, reduzido freqüentemente à dimensão objetiva e técnica das práticas profissionais e ao mundo do emprego, o que se reflete em estilos de gestão que, na prática, consideram como objeto tanto os pacientes quanto o pessoal dos serviços. Falamos de normas, rotinas, horários, escalas de plantões, salários, férias e a cada dia repetimos, quase que mecanicamente, nossas atividades. Perdemos assim, progressivamente, a dimensão de que o sentido ou razão de que todos nós estejamos ali, naquele serviço, se deve à possibilidade de que o nosso trabalho se dirija a alcançar, em todas e cada uma das etapas e processos ali desenvolvidos, um mesmo fim, uma mesma missão: um cuidado adequado às necessidades dos usuários. (5)

Ao privilegiar a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a educação continuada, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, acaba por reforçar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho e que se formalizam na descrição dos postos de trabalho.

I A Educação Permanente

Como visto, as práticas usuais de educação continuada - promovidas pelos órgãos de recursos humanos ou no âmbito dos programas dirigidos a grupos populacionais ou ao controle de agravos - pretendem contribuir para a reorganização dos serviços de saúde através da atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar condições para esse conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços.

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Rovere (1994) sintetiza a EPS como "a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população".

Desde uma perspectiva pedagógica, a EPS se situa no contexto de uma virada no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem. Ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EPS não procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

Pensando em problemas freqüentes, poderíamos nos perguntar: " Por que a evasão dos pacientes está aumentando? Por que a adesão dos hipertensos ao tratamento está tão baixa? Por que não conseguimos reduzir os índices de cesarianas? Por que a cobertura vacinal não foi atingida este ano?" Debruçar-se sobre os determinantes dos problemas significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, incluindo questões das esferas organizacional, técnica e humana. Isto também implica em reconhecer que os êxitos dos projetos de EPS guardam relação com a possibilidade de que aconteçam outras intervenções, complementares às educativas e necessárias para a transformação do problema. Há problemas identificados em que claramente a ação se orienta para a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos; outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais. De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade. Davini(1994) salienta: "se o pensamento e a ação estão conectados, se é necessário produzir mudanças nos modos de pensar e perceber que orientam as práticas, a questão de mudança subjetiva não é aleatória....são nossas teorias (como teorias interiorizadas) as que determinam aquilo que vemos e são nossos modelos mentais que muitas vezes representam barreiras à aprendizagem. Não se trata de ignorar a presença da "realidade objetiva", mas de reconhecer a primazia do sujeito na produção do sentido da experiência".

Ao pensar os processos educativos ligados à reflexão sobre as questões do trabalho, a educação permanente circunscreve um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas, salientando como concepções distintas do trabalho em saúde se correlacionam com a forma com que se concebe a educação para este trabalho.

Acompanha, assim, o processo de deslocamento progressivo do exercício liberal autônomo, individual e independente para formas de organização do trabalho assalariado em equipe, organizações e redes, formas essas que não podem deixar de trazer repercussões sobre as maneiras como as pessoas se preparam para o trabalho. Igualmente, as tendências de contraposição aos modelos centrados na fragmentação e divisão do trabalho e na normatização das tarefas para novas modalidades de trabalho cooperativo que conformam unidades de atenção mais horizontalizadas requereriam, também, o deslocamento dos interesses pessoais (demandas

de atualização para a competência individual) para os da instituição e equipe (demandas do processo de trabalho) na organização das práticas educativas.

Ao falarmos de educação permanente como um processo educacional que entende o processo de trabalho em saúde como eixo definidor e configurador de demandas educacionais, duas questões se sobressaem como elementos importantes na perspectiva de entender os limites, as possibilidades e as dificuldades destes processo: a organização do mundo do trabalho e as representações sociais sobre este trabalho.

Ao aceitar que o mundo do trabalho, a partir do contexto acima mencionado, assume novas formas de organização que rompem com o velho modelo Fordista/Taylorista, caracterizando-se pela chamada flexibilização produtiva ¹, uma questão de fundo se coloca: de que maneira essa nova organização do mundo do trabalho impacta o trabalho no setor saúde? De que forma a especificidade do trabalho em saúde funciona como elemento que dificulta ou facilita essas transformações?

Paim(1992) nos aponta o começo do caminho a ser percorrido, ao afirmar que a crescente complexificação das práticas que organizam o trabalho em saúde com a incorporação de novas tecnologias em ritmo acelerado, vêm estabelecendo padrões mutáveis nesse campo, envelhecendo rapidamente os cenários estabelecidos para sua realização. É certo que a "flexibilização produtiva", ao introduzir novas práticas de emprego, a adaptação da jornada de trabalho a conjunturas específicas, o trabalho em tempo parcial, o contrato de duração determinada e a terciarização, de alguma forma começa a atingir o setor saúde.

Por outro lado, falamos de relações de trabalho enquanto relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades. Falamos portanto de um trabalho imerso em conflitos. Ao mesmo tempo, falamos de trabalho enquanto processo, o que significa compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. Isto implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões. Transformá-las requer, portanto, a abertura de espaços para reconhecimento dessas diferenças e em que medida elas obstaculizam a concretização das mudanças desejadas. Sem essa compreensão, corremos o risco de assumir uma proposta teórico-metodológica vinculada à educação permanente mas que, na prática, apenas renova os processos relacionados à educação continuada, que subestimam a dimensão da subjetividade e do conflito de interesses.

Ao considerar o trabalho para além de sua dimensão instrumental e técnica, a EPS se vê operando no contexto dos modelos organizacionais e das formas de relação dos serviços com a sociedade. Não há, assim, neutralidade e externalidade possível às práticas educativas nos serviços de saúde. Nesse sentido, Rovere (1994) trabalha com a hipótese de que "as diferentes concepções que tiveram êxito em estruturar a cultura dos serviços de saúde trazem implícitas concepções do trabalho, do trabalhador, das relações de poder, da participação, da natureza dos contratos de trabalho formais e informais, que pré determinam os espaços permitidos, os estilos educacionais, os conteúdos e as características das demandas que especificamente podem ser feitas à EPS".

Como coloca o mesmo autor, se entendemos os processos educativos como intervenções capazes de mobilizar, circular, produzir e transferir conhecimentos, tecnologias, valores e sentimentos; se compreendemos que tais intervenções se dão em instituições que operam sobre uma rede de relações de poder formal e informal estruturadas numa dada cultura organizacional; se consideramos a EPS como intervenção que desloca saberes, que acumula ou desacumula conhecimentos em um ou outro grupo da organização e, portanto, mobiliza poder, podemos situá-la como atividade técnica e política, em sua dimensão estratégica. Conclui: "se concebemos a EPS como ferramenta, deve estar inserida numa proposta de transformação que uma força social concreta leva adiante, com um adequado cálculo de suas possibilidades e do campo de forças na qual essa intervenção se insere". É necessário, portanto, que haja coerência entre o projeto

institucional e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica. A EPS não é, assim, uma tarefa exclusiva de educadores, mas responsabilidade das instâncias e unidades técnico-políticas de gestão dos serviços de saúde.

A proposta de educação permanente em saúde reflete um posicionamento frente a diferentes correntes de pensamento sobre a saúde, a educação de adultos e a educação profissional, campos que também permeiam o debate e a prática sobre a formação de recursos humanos. Não é coincidência, portanto, que se encontre tantos pontos em comum entre a proposta metodológica de educação permanente e as iniciativas de formação profissional que buscam articular teoria e prática, orientar a seleção de conteúdos curriculares para problemas social e epidemiologicamente relevantes e ampliar os objetivos da formação para além da informação técnico-científica, incorporando as dimensões ética e política como base do exercício profissional. Encontramos, assim, um campo fértil de desenvolvimento para a articulação dos projetos de integração docente assistencial com a EPS, que poderá reforçar a compreensão e a prática da formação como socialização profissional "um processo de longo alcance que implica na incorporação explícita e implícita de formas de pensamento, valoração e atuação em diferentes âmbitos sociais...no qual a preparação formalmente institucionalizada das diferentes profissões (sobretudo na etapa universitária) não é a fase decisiva. É somente a fase de iniciação dos aspirantes." (Davini, 1994). O processo de socialização profissional se completa e afirma no campo da prática, nas instituições de saúde, que são também instituições culturais e educativas, onde se modelam práticas profissionais e estratégias de inserção e competência do trabalho.

Essa idéia vem ao encontro de tendências mais atuais que questionam, face ao desenvolvimento exponencial do conhecimento científico e ao dinamismo das transformações tecnológicas, o próprio conceito de terminalidade da formação, entendendo-a como apenas uma etapa do que seria, em verdade, um processo de educação permanente. Essa visão é compatível com as discussões sobre a seqüência educação-trabalho, tal como coloca Santos (1995, pag. 197): " Em primeiro lugar, a acelerada transformação dos processos produtivos faz com que a educação deixe de ser anterior ao trabalho para ser concomitante deste. A formação e o desempenho profissional tendem a fundir-se num só processo produtivo, sendo disso sintomas as exigências de educação permanente, da reciclagem, da reconversão profissional.... Aliás, o próprio espaço da produção transforma-se por vezes numa "comunidade educativa" onde as necessidades de formação, sempre em mutação, são satisfeitas no interior do processo produtivo."

3. Crises e Oportunidades

A caracterização das propostas de educação continuada e permanente procurou diferenciá-las em relação aos seus fins, aos seus aspectos metodológicos e em seus potenciais e limites para a reorganização das práticas dos serviços de saúde.

Permanece, a nosso juízo, uma contradição explícita entre a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais e as demandas dos processos de municipalização e descentralização e de ruptura dos programas verticalizados em direção à integralidade do cuidado e à vigilância à saúde, que claramente requerem a ampliação da capacidade de decisão local e novas formas de relação com a clientela. Como supor os serviços de saúde como espaços instituintes de cidadania, se os processos hegemônicos de formação e capacitação excluem os próprios sujeitos agentes das práticas da possibilidade de reconstrução do seu trabalho? Estaríamos insistindo, de forma predominante, na proposição de capacitação de "cabeças gerenciais" por tradição a modelos de administração verticalizados, sem considerar alternativas que incluam um contingente maior de trabalhadores dos serviços na transformação dos processos de trabalho? A EPS é uma das alternativas que podem contribuir nesse sentido, na medida em que se assenta sobre os problemas da qualidade dos serviços, aqui entendida em seu sentido mais amplo de tradução do direito de cidadania à saúde. Abordar a EPS nessa dimensão significa colocá-la como parte do processo de gestão do trabalho coletivo nos serviços , voltado à construção de um novo contrato ético e político dos profissionais com a

população. Seus limites e potencialidades se circunscrevem, assim, à realidade dos projetos político- institucionais.

A discussão das práticas educativas ligadas a projetos de educação continuada e permanente não pode ser desvinculada do contexto em que se configuram as políticas de desenvolvimento de recursos humanos. A diminuição da jornada de trabalho, os contratos temporários de serviços, os baixos salários e a terciarização, como já colocado anteriormente, começam a fazer parte da realidade dos serviços de saúde, tendo como uma primeira consequência a redução do corpo de recursos humanos fixo e um aumento do número de profissionais em caráter provisório. Progressivamente, estes vão ocupando espaços como prestadores de serviços com participação pontual no desenvolvimento das ações de saúde, fragmentando o cuidado e fragilizando os projetos assentados na integralidade e na equidade. Nessa situação, o retorno esperado das ações de educação continuada é baixo, principalmente pelo fato das ações educativas incidirem sobre uma clientela de alta mobilidade e com reduzida adesão aos projetos institucionais. Os projetos de educação permanente podem ser igualmente dificultados nesse contexto de progressiva fragmentação do processo de trabalho.

As possibilidades de enfrentamento dessa situação se relacionam com a estrutura organizacional da área de desenvolvimento de recursos humanos das secretarias de saúde e suas práticas de trabalho. É reconhecido que os espaços de gestão de recursos humanos são ainda fortemente marcados pelos procedimentos de administração de pessoal, ficando a área de desenvolvimento responsável pela resposta a demandas pontuais, na maior parte das vezes vinculadas às necessidades colocadas pelos programas de saúde estruturados a nível central. Caracteriza-se, nessa situação, uma dissociação entre as instâncias de nível central e de nível local, dificultando as possibilidades de reorganização das práticas educativas.

Nesse sentido, talvez possamos encontrar institucionalmente formas de articulação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, envolvidos nos processos de planejamento, informação, comunicação e educação na disposição de reorientar as práticas de capacitação de recursos humanos para os problemas referentes à qualidade e equidade dos serviços, referenciando-os à esfera das decisões políticas dos gestores.

A articulação das áreas de planejamento, informação, educação e comunicação pode representar uma das estratégias de recomposição das relações entre a população, os trabalhadores de saúde e os gestores.

Em consequência de uma cultura organizacional baseada na centralização das decisões e verticalização de programas e projetos - e os projetos educativos dirigidos aos profissionais estão aí incluídos - tratamos de criar formas de difusão de informações do nível central para o local com o objetivo de que as ações planejadas, as normas operacionais e rotinas fossem adequadamente implementadas nos serviços. As ações educativas dirigidas à população tiveram preponderantemente o sentido de informá-la sobre o que deveria saber e fazer para alcançar mais saúde, segundo a racionalidade técnica e científica que orienta as ações em saúde. Num certo sentido, vemos aí reproduzida a mesma relação de dissociação entre teoria e prática, uma relação de desigualdade entre aqueles que sabem e aqueles que supostamente nada sabem, relação essa que rege tanto as propostas educativas dirigidas aos profissionais quanto à população. A compreensão de que as informações só são incorporadas pelos sujeitos se forem adequadamente comunicadas a eles - isto é, se tornarem-se relevantes e significativas em seu mundo de representações - dá ao processo educativo uma dimensão de mão dupla. Para desenhar práticas educativas é preciso ir também conhecendo o outro, ir encontrando a racionalidade que orienta seu pensamento e sua ação. Isso significa que as informações geradas nos serviços são resultantes das modalidades de relação que os trabalhadores estabelecem com os usuários, que os trabalhadores estabelecem entre si e com os gestores. E são essas informações que, com maior ou menor grau de aproximação, vão orientar a programação em saúde e o desenho de práticas educativas dirigidas aos profissionais e à população. Nesse sentido, a capacidade de decisão a

nível local é também uma conquista da comunicação e do grau de conhecimento que temos da realidade. É esse pressuposto, exatamente o mesmo que orienta a EPS, que acreditamos deva nortear a disposição das instâncias de desenvolvimento de recursos humanos em seu trabalho com os serviços de saúde.

Cabe também analisar uma certa tendência à desqualificação do componente pedagógico da formação e capacitação no âmbito das políticas de recursos humanos, talvez como consequência da redução do discurso pedagógico ao tecnicismo. Isso não significa uma proposição do extremo oposto, hipervalorizando o pedagógico como se fosse capaz, por si só, de viabilizar as propostas de EPS. Ressaltamos nossa compreensão de que o cenário pedagógico inclui as dimensões político- institucionais, técnicas e humanas que perpassam os processos educativos nos serviços de saúde.

É nossa opinião que, ao lado da coerência a ser buscada entre os projetos político institucionais e a proposta educativa, é necessário investir na ampliação da formação de profissionais, articulando as experiências concretas em EPS em curso que requerem, ainda, maior investigação, divulgação e difusão. Houve nos últimos anos um número razoável de cursos para formação de multiplicadores em EPS na América Latina promovidos pela OPAS, com impacto inferior ao esperado na implementação de projetos nos serviços de saúde. Uma das possibilidades que explicam a multiplicação de cursos e não de projetos é a dificuldade manifesta de ruptura com os modelos de programação das atividades de capacitação, ainda dissociados das instâncias de gestão de trabalho coletivo.

Por outro lado, a baixa visibilidade dos projetos em curso pode ser analisada sob a ótica de que as iniciativas de EPS não trazem resultados quantificáveis a curto prazo, particularmente sobre a produtividade e a eficiência dos serviços, apontando para a necessidade de construção de padrões de avaliação de natureza qualitativa e que incluam a valorização dos trabalhadores em saúde.

Finalmente, ressaltaríamos a importância do debate sobre o potencial de articulação entre os projetos IDA-UNI e as iniciativas de EPS enquanto estratégia de reorientação da formação e capacitação de recursos humanos, tendo como base os princípios do SUS.

Referências Bibliográficas

1. Ricas, Janete. A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. 1994.
2. Davini, M. C. Practicas Laborales en los Servicios de Salud: las Condiciones del Aprendizaje. *in* Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994
3. Nunes, T. C. M. Educação Continuada: Uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS. Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/Abril. 1993.
4. Rovere, M. R. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud *in* Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994
5. Quintana, P. B.; Roschke, M. A. C.; Ribeiro, E. C. O. Educacion Permanente, Proceso de Trabajo Y Calidad de Servicio en Salud *in* Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

6. Paim, J. S.; Nunes, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, RJ. Julho/Setembro, 1992.

7. Santos, B. S. Pela Mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

8. Ministério da Saúde. RH/SUS. Política de Recursos Humanos para o SUS. Prioridades e Diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília. 1995.

¹ A flexibilização produtiva é expressa principalmente na descentralização e horizontalização da produção, integração de tarefas diferenciação/diversificação de produtos, novos tipos de contrato de trabalho e terceirização.