

Processo educativo nos serviços de saúde*

Alina Maria de Almeida Souza**

Ena de Araújo Galvão***

Izabel dos Santos****

Maria Alice Roschke*****

Introdução

A proposta de educação permanente de pessoal de saúde na região das Américas, apoiada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde, na perspectiva de reconceituar os processos de capacitação do pessoal empregado nos serviços de saúde, busca centrar o mesmo na análise de algumas categorias que o referenciam. Estas categorias incluem: o contexto dos processos capacitantes, a identificação das necessidades de aprendizagem, o processo educativo, a monitoria e o segmento dos processos educativos. Elas correspondem a uma série de documentos orientadores das políticas de educação permanente na perspectiva de transformação das práticas vigentes.

Este é o documento da série sobre o processo educativo. Sua finalidade é analisar e discutir uma alternativa metodológica não hegemônica, no contexto de um projeto político de transformação dos serviços de saúde.

A alternativa metodológica parte do pressuposto de que este processo deva ser recortado a partir da realidade das práticas concretas de saúde, considerando seus determinantes e limitantes e buscando a interação com as exigências do trabalho, rompendo assim, o artificialismo das práticas vigentes onde a colagem ou aderência de recortes feitos em outras esferas são impostas à prática cotidiana dos trabalhadores de saúde.¹ O recorte da realidade pressupõe igualmente a compreensão do contexto de um projeto político de transformação dos serviços de saúde.

* Texto transcrito parcialmente da publicação *Processo Educativo no Serviços de Saúde* – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1, Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1991.

** Professora da Universidade de Brasília.

*** Ex-consultora da Organização Pan-Americana da Saúde.

**** Ex-consultora da Organização Pan-Americana da Saúde.

***** Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde/Washington.

¹ Considera-se trabalhadores de saúde todas as categorias profissionais preparadas formal ou informalmente na especificidades da área, assim como as categorias de profissionais de outras áreas empregadas no setor.

A transformação dos serviços de saúde contida nas propostas políticas dos governos da Região atualmente se expressa pela busca de um compromisso de universalidade, equidade e que atenda às necessidades de assistência à saúde de acordo com o perfil epidemiológico compreendido a partir das determinações históricas e sociais em que se inserem esses serviços.

Tomando por base estes pressupostos é importante explicitar que a análise e discussão propostas para este documento contém dois pólos não hegemônicos. A alternativa metodológica busca direcionar a compreensão entre a teoria e a prática como uma unidade dialética no processo pedagógico, trabalhando as contradições entre o pensar e o fazer e a necessidade de refletir criticamente os processos capacitantes, face às questões do trabalho nos serviços de saúde. Neste sentido, considera-se a não neutralidade da prática pedagógica, a necessidade de desenvolver a interação teoria e prática, que permita superar a dicotomia (teoria/prática) vigente, que tem, como refere Rezende, “imobilizado o pensar, que na falta de retroalimentação pela realidade do meio, está mais próximo do verbalismo que da teorização. Em contrapartida, a prática, pouco crítica e alijada do pensar, tem-se transformado num ativismo não reflexivo”.² A direção dada pelo projeto político emerge da crítica ao modelo vigente de prestação de serviços de saúde no contexto de processos sociais mais amplos, visando o aperfeiçoamento da democracia ou a redemocratização na América Latina.

Desse modo, a análise proposta neste documento se circunscreve a uma alternativa metodológica enquanto espaço das práticas pedagógicas que se realizam nos serviços de saúde. Neste sentido o documento não se coloca como uma alternativa de revisão do tema – processo educativo na área de saúde, isto é, não pretende desenvolver uma revisão histórica nem teorizar sobre experiências educativas que vêm sendo realizadas.

Este documento, em primeiro lugar faz referência ao processo produtivo em saúde, abordando as questões consideradas primordiais para o processo educativo. A cooperação, a direcionalidade técnica frente à divisão horizontal e técnica do trabalho são examinadas como fonte de problemas, seja na rede, nas unidades específicas ou sub-unidades, que em circunstâncias concretas se traduzem em necessidades de processos educativos. Em seguida, discutem-se questões educativas e o seu tratamento nos serviços de saúde, colocando-se a crítica aos modelos técnicos e instrumentais utilizados. Inclui-se também uma breve discussão sobre os pressupostos pedagógicos nos processos educativos na ótica da dialética entre o sujeito e o objeto na construção do conhecimento. Finalmente, apresentam-se algumas características e princípios de uma metodologia alternativa e dois exemplos concretos de sua operacionalização.

² RESENDE, Ana Lúcia Magela de – *Dialética do pensar e fazer*. São Paulo: Cortez, 1986. 153 p.

Principais questões do processo educativo nos serviços de saúde

Nos serviços de saúde os processos educativos visam o desenvolvimento dos trabalhadores e representam uma série de atividades genericamente denominada de capacitações, treinamentos ou cursos. Estas atividades envolvem desde capacitação emergencial, pontual, até processos de formação mais estruturados e contínuos. Observadores e mesmo alguns trabalhadores encarregados de planejamento e execução desses processos consideram que apesar da sua ampla generalização e utilização várias concepções permeiam o seu desenvolvimento. Um número razoavelmente significativo de dirigentes acredita que o aprimoramento dos trabalhadores implica necessariamente na melhoria dos níveis de saúde. Esta concepção estabelece uma relação causal, linear e simplista entre preparação de trabalhadores e resultado do trabalho. Inegavelmente a preparação influi na qualidade do trabalho mas não é o único fator ou pode ser tomado isoladamente como medida de qualificação do estado de saúde. Os grupos que se pautam por esta concepção investem esforços e recursos buscando principalmente aperfeiçoar tecnicamente os processos educativos. Verifica-se igualmente que uma outra parcela possivelmente importante atua sem pressupostos conceituais, sem pensar, age por tradição e rotina, concentrando os esforços e recursos na repetição acrítica de atividades. Talvez uma parcela muito reduzida relaciona os processos educativos às necessidades concretas do processo produtivo, compreendendo o seu espaço importante, mas relativo, na consecução das finalidades dos serviços de saúde. Este grupo investe principalmente na compreensão da realidade e na construção de alternativas capazes de integralizar as múltiplas variáveis envolvidas.

Deste modo as atividades educativas nos serviços de saúde caracterizam-se principalmente, por fragilidade de inserção institucional e modismos pedagógicos dependentes das idiosincrasias dos dirigentes políticos ou de normas institucionais acríticas.

Quando se pretende reverter a situação prevalente é necessário tentar chegar à essência das questões, percorrendo os desvios necessários para abstrair a realidade e compreender os fenômenos e sua totalidade concreta. Assim, para construir uma proposta metodológica alternativa para o desenvolvimento de processos educativos nos serviços de saúde torna-se importante enfocar previamente, como questões principais, o processo de produção de serviços de saúde, seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos.

Espera-se que este caminho facilite a compreensão da complexidade que envolve os dois pólos não hegemônicos referidos anteriormente, na perspectiva da construção de uma metodologia alternativa para os processos educativos nos serviços de saúde.

Processo de produção de serviços de saúde

Para reconceituar os processos educativos de capacitação de pessoal empregado nos serviços de saúde, frente aos pressupostos das políticas de democratização do setor e as estratégias pedagógicas de unidade dialética entre teoria e prática, impõe-se a necessidade de compreender a lógica de organização do trabalho para produção de serviços de saúde.

A compreensão da organização do trabalho para a produção de serviços de saúde permite nesta perspectiva de reconceitualização visualizar a totalidade dos problemas, a análise de seus determinantes, viabilizando a definição de estratégias de superação pautadas na realidade concreta. Nesse sentido, há que se considerar os níveis de realidade do ponto de vista da apreensão da organização de trabalho para identificar no processo as questões concretas dos sujeitos (agentes do trabalho/trabalhadores em saúde), do objeto expresso pelas demandas específicas da área nas suas implicações coletivas e individuais, assim como os instrumentos do trabalho no sentido da utilização de tecnologia e saberes específicos.

A organização do trabalho para a produção de serviços de saúde faz parte da categoria de serviços em uma sociedade. Como serviço expressa a necessidade de cumprir uma finalidade útil e os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização como produtos “mercantis em si mesmos”. Apesar das características inequívocas de serviços, a organização do trabalho produtivo em saúde por sua complexibilidade tecnológica assemelha-se àquela da produção industrial.³ Este documento não se propõe analisar as categorias conceituais de serviço e trabalho em si mesmas, embora se considere necessário compreendê-las para o alcance da análise proposta, uma vez que os tratados de Marx, especialmente *O Capital*⁴ e outros autores, particularmente aqueles que referenciam o serviço de saúde como Nogueira, Gonçalves,⁵ já o fizeram de forma clara e abrangente. Recomenda-se neste sentido as leituras destes autores.

A partir da compreensão desse referencial é possível entender e considerar as demandas de serviços em uma sociedade concreta seja nos seus aspectos coletivos ou individuais. A análise das demandas transformar a formulação de políticas que definem prioridades por um lado, e, por outro lado, caracterizam a problemática da área. A problemática assim configurada expressa as necessidades de saúde que orientam a organização dos serviços.

³ NOGUEIRA, Roberto Passos – *O Processo de produção de serviços de saúde*. Rio de Janeiro, 1989 (mimeo).

⁴ MARX, Karl – *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro, Trad. Eginaldo de Sant Anna. 1989. v.1, 579 p.

⁵ Estes autores vêm estudando aspectos do trabalho em saúde desde a década passada. Roberto Passos Nogueira e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves construíram suas categorias de análise a partir dos estudos da socióloga Cecília Donangelo que em estudos na década passada analisou aspectos do trabalho em saúde em dois trabalhos pioneiros: *Medicina e Sociologia*, e *Saúde e Sociedade*. Roberto Passos Nogueira vem estudando aspectos econômicos e sociais da demanda e oferta de trabalhadores de saúde assim como a organização do processo de trabalho em saúde em sociedades capitalistas. Ricardo Bruno Gonçalves estudou a prática médica como trabalho socialmente determinado, buscando esclarecer as relações do trabalho médico no modo de produção capitalista e a sua determinação estrutural.

Esta organização sofre influências diversificadas decorrentes de posturas político-ideológicas de grupos dirigentes. Estas posturas em última instância direcionam a organização de serviços para conservar ou informar a problemática de uma dada realidade. Quando se trata de uma perspectiva de transformação visa-se contribuir dentro da especificidade da área de saúde para a própria melhoria da qualidade de vida da população em sua totalidade. Neste sentido, considera-se essencial compreender os conceitos de cooperação e direcionalidade técnica do trabalho em saúde consequentes do avanço da sua divisão social e técnica⁶ nas sociedades modernas.

Entende-se por cooperação “a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um mesmo plano, no mesmo processo de produção, ou em processos de produção diferentes, mas conexos”.⁷ Na produção de serviços de saúde a cooperação é certamente óbvia e fácil de ser percebida. Qualquer um é capaz de identificar em uma unidade de produção de serviços de saúde, seja um hospital ou um ambulatório, os processos de cooperação. No hospital por exemplo, observa-se a existência de várias sub-unidades produtoras de serviço, tais como: enfermaria, ambulatório, serviços de meio-diagnósticos, serviço de administração, etc. Tomando a enfermaria como referência, verifica-se que para o diagnóstico e tratamento, ocorrem relações internas entre o serviço médico e o de enfermagem entre outros, e, ao mesmo tempo, se estabelecem relações com outras sub-unidades produtoras (exemplo: laboratórios). Estas relações são inequivocamente processo de cooperação porque visam unicamente integralizar a ação, seja diagnóstica ou terapêutica e neste sentido, complementar o processo de produção de serviço orientado a estes fins.

É importante salientar que as articulações intra e inter unidades e sub-unidades produtoras ocorrem segundo uma determinada lógica de produção de serviços de saúde. Esta lógica depende da modalidade assistencial. Por exemplo: serviços lucrativos e não lucrativos. Neste documento considera-se basicamente a articulação em serviços públicos cuja lógica é supostamente não lucrativa.

Direcionalidade técnica diz respeito aos conhecimentos científicos e uso de tecnologia que influem na produção específica do serviço em saúde. Tomando por base a situação de relações de cooperações apresentadas acima, é possível de que na sub-unidade produtora de serviços em um hospital – a enfermaria, o grupo médico, ao estabelecer o diagnóstico e/ou tratamento, utiliza uma lógica racional pautada nos conhecimentos da fisiologia, bioquímica, anatomia, patologia, etc, e além disto utiliza elementos tecnológicos tais como eletrocardiograma, ecografia, etc, enquanto o grupo de enfermagem também pautado na mesma lógica racional recorta as suas ações frente às necessidades de relacionamento com o cliente, com base no conhecimento científico e tecnológico. Estas ações

⁶ Divisão social do trabalho refere-se à distribuição de funções que dividem os indivíduos em uma sociedade de acordo com as diferentes tarefas que realizam. A primeira grande divisão social do trabalho se efetua ao separar-se o trabalho manual do trabalho intelectual. A divisão técnica do trabalho compreende os aspectos técnicos de um processo produtivo específico que são partilhados entre grupos de trabalhadores.

⁷ NOGUEIRA, Roberto Passos, op. cit.

configuram portanto direcionalidades técnicas que apesar de pressupostos comuns da ciência e da técnica correspondem a processos diferenciados de trabalho.

A direcionalidade técnica também deve ser considerada, da mesma forma que a cooperação, nos processos de produção de serviços de saúde, de consumo individual e coletivo. No exemplo anterior o consumo do serviço é de natureza eminentemente individual – cliente de uma enfermaria em processo de diagnóstico ou terapêutico. Contudo, nos processos de produção de serviço de saúde em que subjaz a produção de serviço para a coletividade, como por exemplo, a vigilância sanitária ou epidemiológica, verifica-se que da mesma forma, o processo de trabalho para a produção de serviço, requer a lógica racional do conhecimento científico e da utilização de tecnologia. Na vigilância sanitária o controle de produção de produtos biológicos de consumo humano requer o conhecimento específico da ciência e técnica para assegurar a qualidade do produto, sem riscos para o consumo da população em geral. Ao mesmo tempo, a vigilância sanitária compreende processos de trabalho que visam a segurança da utilização dos produtos de modo que esteja garantida a qualidade dos mesmos, em termos de saúde, nos seus processos de comercialização e consumo público propriamente dito. Neste caso, também é necessária a racionalidade científico-técnica. Esse processo para ser realizado, compreende igualmente, a cooperação de várias categorias de trabalhadores. Tanto a cooperação como a direcionalidade técnica são inerentes à divisão social e técnica do trabalho. Na organização dos serviços de saúde é importante compreender a divisão horizontal do trabalho; por um lado, ela está dada pela existência de sub-unidades produtoras (enfermaria, serviços de meios-diagnóstico) de uma mesma unidade produtora (hospital) que se caracterizam por processos da mesma natureza. Essas sub-unidades apesar de processos de trabalho diferenciados, pressupõem uma relação de inter-complementaridade que, em última instância, garante a integralidade da ação de cada uma das unidades do sistema para o consumo individual e coletivo. No setor saúde não é possível pensar em unidades produtoras isoladas. A divisão horizontal do trabalho, por outro lado, deve também ser compreendida de modo mais amplo na rede de serviços. Em uma rede de serviços compreende-se que o trabalho se divide horizontalmente em termos da complexidade de serviços oferecidos pelos diferentes tipos de unidades – hospital especializado, geral e ambulatoriais especializados e gerais (policlínicas, centros e postos de saúde). A rede, a partir de uma proposta de hierarquização e regionalização, determinada pela complexidade dos problemas de saúde, deve garantir em contrapartida a integralidade da assistência da população como um todo.

Além da dimensão de horizontalidade de divisão do trabalho é importante também compreender a dimensão verticalidade. Esta dimensão pode ser melhor entendida a partir da análise do trabalho em uma sub-unidade produtora de uma análise produtora. Por exemplo, no ambulatório – sub-unidade produtora – de um hospital – unidade produtora – trabalham várias equipes que compõem categorias profissionais, integrando tarefas em sua própria hierarquia dentro do espaço físico e técnico que lhes é reservado.⁸

⁸ NOGUEIRA, Roberto Passos, op. cit.

Nesta situação a equipe médica divide o trabalho diagnóstico e terapêutico em razão de especialidades clínicas e cirúrgicas, enquanto a equipe de enfermagem divide o trabalho em função da complexidade de ações técnicas, incorporando à equipe trabalhadores de diferentes níveis de preparação, para a execução de tarefas técnicas menos complexas. Cabe ao profissional, com maior nível de preparação, a organização de trabalho para cumprir as ordens de diagnose e terapia. Outras equipes adscritas ao ambulatório também racionalizam o trabalho caracterizando processos de hierarquia técnica e gerencial.

Tendo em vista o referencial apresentado com relação aos conceitos de cooperação, direcionalidade técnica e sua compreensão na divisão social e técnica do trabalho em saúde, quais as principais questões que podem ser abstraídas ao considerar processos educativos?

Em primeiro lugar, a cooperação direciona para a necessidade de contemplar nos processos educativos, aspectos gerais das relações inter pessoais que permitem o aumento da produtividade em relações cooperativas, o que, necessariamente, implica em compreender o processo de trabalho em saúde como um todo frente às suas finalidades. Além disso, se requer o conhecimento da Instituição de trabalho em particular, assim como as relações éticas e cooperativas para a consecução dos objetivos do trabalho em saúde.

Segundo, a direcionalidade técnica aponta para a necessidade de incorporar nos processos educativos as questões da especificidade do trabalho segundo conhecimento e tecnologias utilizados, o que necessariamente remete, à constatação das categorias profissionais que realizam a produção de serviços de saúde. Os trabalhadores em saúde que constituem a força de trabalho empregada no setor, são heterogêneos. Esta heterogeneidade se configura não apenas em termos da composição demográfica, inserção em classe social, mas também da sua preparação profissional prévia – desde trabalhadores de nível universitário ao primário incompleto, e, a sua inserção em processos produtivos específicos que pode ser expressa em diferentes categorias profissionais e diferenciada de acordo com a unidade produtora na rede de serviços.

Terceiro, a questão da horizontalidade da divisão técnica e social do trabalho traduz igualmente a necessidade de incluir nos processos educativos aspectos de planejamento, de gerência e de supervisão relativos ao controle do processo de trabalho como um todo.

Finalmente, a divisão vertical do trabalho remete à inclusão nos processos educativos, de aspectos da especialidade científica e tecnológica do trabalho e à supervisão como controle específico do trabalho em cada um desses processos.

As questões do processo educativo assinaladas como emergentes da compreensão da organização do processo de trabalho em saúde não podem, entretanto, ser consideradas isoladamente.

Ao considerar os aspectos de cooperação que devem ser contemplados nos processos educativos é importante pensar que estes não podem refletir

isoladamente as inter-relações pessoais que englobam a necessidade de conhecimento do processo de trabalho como um todo, o conhecimento da instituição e as relações ético-corporativas da produção de serviços de saúde.

Além disso, é fundamental considerar em uma determinada instância a direcionalidade técnica desses processos e a sua dimensão horizontal, na unidade produtora de serviços de saúde em si, e na rede de serviços como um todo. Por exemplo, um processo educativo para ampliar e melhorar as relações de cooperação no serviço, somente tem significado se referido à compreensão da totalidade de cooperação e da direcionalidade técnica, de acordo com as sub-unidades e unidades produtoras da rede. Este processo educativo só será relevante se tratar as questões interpessoais do processo de cooperação referidas à totalidade do trabalho incluindo seus aspectos científicos e tecnológicos, as diversidades derivadas das sub-unidades produtoras e/ou unidades na rede de serviços de saúde, que compreendem também as questões de gerência e supervisão no controle do trabalho em geral.

Igualmente, os processos educativos devem incorporar as questões de cooperação e de direcionalidade técnica na perspectiva da verticalidade da divisão técnica e social do trabalho. Para exemplificar, um processo educativo que busque refletir a cooperação do trabalho na sua dimensão vertical, somente terá significado, se incorporar as questões da direcionalidade técnica no espaço físico/técnico específico, o que pressupõe, em outro corte, a supervisão como controle específico do trabalho em suas dimensões técnicas, por categoria. Tomando a categoria enfermagem como exemplo, pode-se demonstrar de forma mais completa, como as necessidades educativas emergem. O processo de trabalho em enfermagem integra um conjunto de ações de natureza diversa que se articulam e se complementam entre si e com outras categorias de trabalhadores na consecução da finalidade do serviço de saúde.

O conjunto de ações que caracteriza o trabalho em enfermagem pode ser classificado em dois grupos: ações de assistência direta à clientela e ações de apoio e qualificação de assistência prestada.

No primeiro grupo estão incluídas ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico, de outros profissionais e aquelas próprias da categoria; as ações de controle e risco de natureza complementar garantem a diminuição da probabilidade de agravos à saúde e/ou de suas complicações.

No segundo grupo incluem-se ações de natureza administrativa e pedagógica que possibilitam o desenvolvimento das ações anteriores de forma integral, oportuna e com diminuição de risco. Obviamente a enfermagem deve realizar esforços cooperativos internos e externos à equipe. Para realizar as ações propedêuticas e terapêuticas, a equipe divide o trabalho em função da natureza da unidade ou da sub-unidade produtora, da complexidade técnica da ação e mesmo do tempo para garantir a continuidade. Além disso, estabelece relações concretas com outros grupos de trabalhadores.⁹

⁹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM & INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – *Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária*. Brasília, 1987. mimeo.

Contudo, a cooperação somente se realiza na execução de ações técnicas específicas, que inclusive dependem na maioria das vezes da participação dos usuários.

Assim, as necessidades educativas surgem em decorrência da dificuldade de realizar ações técnicas específicas em uma perspectiva de cooperação.

Em resumo, os processos educativos devem considerar a articulação dialética e dinâmica da cooperação, direcionalidade técnica e as dimensões horizontal e vertical na organização do processo de trabalho em saúde. Assim, é possível concluir que as questões relevantes do processo educativo, necessariamente emergem da dinâmica da organização do processo produtivo dos serviços de saúde. Considera-se relevante no processo educativo as questões que orientam ações que viabilizam a operação do serviço, no sentido de sua produtividade, como eficiência e eficácia, ou seja, qualidade e quantidade.

Enfim, ações educativas orientadas ao aprimoramento do trabalho dos agentes deste processo – os trabalhadores de saúde – no cumprimento das finalidades dos serviços numa perspectiva transformadora.

As relações entre os processos educativos e produtivos nos serviços de saúde

À luz dos conceitos analisados no item anterior é possível analisar alguns aspectos dos processos educativos nos serviços de saúde na América Latina. Entende-se que esta análise é parcial e enfoca apenas uma parte dos problemas que podem ser identificados na tentativa de compreensão da realidade. Colocam-se as seguintes questões orientadoras desta análise.

- quais têm sido as relações concretas entre o processo de produção de serviços de saúde e as práticas educativas nos serviços?
- qual a relevância dos processos educativos para resolver os problemas concretos da prática?

É necessário reiterar que os processos educativos nos serviços de saúde são viabilizados implícita ou explicitamente para aprimorar o trabalho através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas a necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos político-ideológicos distintos.

Assim, destacam-se como mais evidentes os seguintes problemas:

- formulação de programas educativos desvinculados da prática concreta;
- inserção casuísta dos trabalhadores;
- fragilidade de elementos de infra-estrutura de serviços;
- utilização de metodologias educativas tradicionais.

Formulação de programas educativos desvinculados da prática concreta – Em geral, os níveis organizativos centrais e mesmo os locais,

encarregados basicamente da infra-estrutura de produção de serviços, que inclui também as questões de capacitação de recursos humanos, partem de concepções alheias aos problemas derivados do próprio processo de trabalho.

Estas concepções que de certo modo podem ser classificadas como acadêmicas, incorporam “idéias” pré-concebidas da prática e/ou opiniões dos trabalhadores, sem considerar determinantes concretos. As “idéias” são de origem acadêmica no sentido do conhecimento legitimado nos currículos de formação, seja por parte dos dirigentes ou dos trabalhadores. Isto implica no entendimento superficial dessa “coisa” ou “fenômeno” de prestação de serviço de saúde, que necessariamente não reflete a problemática e a fragilidade de sua concepção, além dos procedimentos técnicos isolados. Segundo Karel,¹⁰

“Aquilo que em determinados momentos históricos se apresenta como ‘impersonalidade’ ou ‘objetividade’s da praxis, e é apresentado por uma falsa consciência como a mais própria praticidade da praxis, é ao contrário apenas a praxis como manipulação e preocupação, isto é, praxis no seu aspecto fetichizado”.

O que se depreende destas afirmações é que os planejadores do processo educativo orientam suas ações como instrumentos técnicos de intervenção na realidade, sem buscar o conhecimento e compreensão das necessidades a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análise de soluções alternativas. A reflexão em profundidade sobre esta questão provavelmente resultaria na busca de soluções, inclusive fora do âmbito do processo educativo, como alternativa prioritária.

Esta prática de capacitação desvinculada de problemas concretos, tão extensivamente utilizada na América Latina, tem onerado o sistema sem resolver os problemas.

Além disso é importante considerar que os processos educativos nem sempre são considerados na ótica do planejamento; surgem como ações quase espontâneas e se traduzem em eventos pontuais. Neste caso, colocam-se as mesmas críticas apresentadas anteriormente, acrescidas das questões da eficiência operativa o que sem dúvida torna ainda menos eficaz tais processos.

Inserção casuística dos trabalhadores – A inserção dos trabalhadores nos serviços de saúde da América Latina pode ser considerada um campo aberto para conjecturas vagas e poucas explicitações fundamentadas cientificamente. Em geral, os serviços não dispõem de instrumentos institucionais que regulamentam em base a critérios específicos, transparentes e democráticos a entrada e progresso dos trabalhadores nos serviços. Para refletir estes aspectos esses instrumentos necessariamente pressupõem, também, a compreensão do processo de trabalho e a produção de serviços de saúde. Os critérios vigentes obedecem a interesses

¹⁰ KOSIK, Karel – *Dialética do concreto*. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 4. ed. 230 p.

clientelistas ou a pressões de categorias com fortes expressões na sociedade. Deste modo, prejudicam a caracterização da inserção dos trabalhadores, e dificultam dentre outros aspectos, a adequação dos processos educativos. A análise da formação prévia dos trabalhadores constitui-se possivelmente no único referencial que se dispõe atualmente para analisar a inserção dos trabalhadores, além de dados dispersos de distribuição e lotação.

A formação prévia dos trabalhadores em saúde é bastante heterogênea. Os profissionais preparados em nível superior ao serem absorvidos pelos serviços se deparam com a realidade e com perplexidade verificam que não possuem os instrumentos e os conhecimentos necessários para atuar criticamente. Este fenômeno costuma ser apontado pelos dirigentes dos serviços, chamando a atenção para as autoridades universitárias sobre a dicotomia e distância da formação profissional da realidade dos serviços. O ensino universitário, apesar de ter incorporado no seu discurso esta questão, tem restringido suas ações a reformas curriculares e a algumas práticas de extensão, que em geral mantêm os conteúdos atomizados, a teoria distante da prática. Neste sentido os processos universitários “têm dado a conhecer para não pensar, adquirir e reproduzir para não ter a necessidade de criar, consumir em vez de efetuar um trabalho de reflexão”.¹¹ O conhecimento é estático, já vem pronto, tem tamanho e significa que não se elabora conhecimento, não se constata ou confrontam saberes, não se interroga o próprio conhecimento.

Para os demais trabalhadores, a preparação prévia apresenta problemas mais graves: alguns possuem uma capacitação formal de nível técnico, que apesar de legitimada, não os qualifica para o trabalho. O ensino técnico tem-se mostrado tão inadequado ou mais do que o universitário para preparar a fim de atuar na realidade. O conhecimento é extremamente reduzido e atomizado, com ênfase em procedimentos isolados e a dicotomia teoria-prática é mais acentuada por ausência de campos de prática e supervisão ligados às escolas.

Finalmente, uma grande parcela de trabalhadores é inserida na prática sem qualquer formação prévia. A preparação se restringe a duas modalidades básicas: cursos de curta duração objetivando principalmente ajustá-los à instituição e observação do trabalho que irão desempenhar. Estas modalidades não contribuem para uma preparação adequada porque a aquisição do conhecimento por simples “colagem” não instrumentaliza um pensar e fazer reflexivo e crítico.

Esta realidade nem sempre é estudada em detalhe para informar a formulação de programas educativos nos serviços que possibilitem a superação das lacunas da formação prévia frente às exigências do processo de trabalho.

Fragilidade de elementos de infra-estrutura de serviços – Os principais elementos de infra-estrutura para a realização de processos educativos são a existência de instrutores/supervisores e condições materiais no serviço.

¹¹ CHAUI, Marilena – O que é ser educador hoje; da arte à ciência; a morte do educador. Em: *O educador, vida e morte*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.

Instrutores/supervisores são profissionais de formação universitária que atuam na rede prestando serviços diretos aos usuários, organizam e supervisionam o processo de trabalho e além disso assumem responsabilidades nos processos de capacitação de pessoal. O número insuficiente desses profissionais apresenta duas ordens de problemas. Por um lado, a quantidade de profissionais universitários na rede não cobre geograficamente os serviços de saúde, assegurando a supervisão contínua e permanente; por outro lado, a qualificação para a função docente (inerente à prática da supervisão) é inadequada. Isto geralmente implica na necessidade de romper padrões e concepções educacionais bastante arraigados nesses profissionais face à sua própria história de processo educacional e também pela capacitação em educação que a formação universitário lhes oferece.

Acrescenta-se a este quadro, a observação de que muitos dos profissionais desse nível, vêm passando por uma crise de identidade em relação ao objeto de sua prática, o que resulta na falta de domínio específico ou direcionalidade técnica. Para os processos educativos esta constatação tem significado um empobrecimento de conteúdos, a falta de aderência com o processo de trabalho e a introdução da noção de polivalência. Esta última, tem respaldado por exemplo, a condução de processos educativos, específicos, por exemplo, auxiliares de laboratório, preparados e supervisionados por outros profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, educadores, etc) em vez daqueles da área, no caso o farmacêutico bioquímico.

A polivalência e a falta de aderência aos processos de trabalhos também dificultam os processos de supervisão específica nos seus aspectos pedagógicos.

A falta de referencial e condições materiais nos serviços é também um elemento presente nas instituições de saúde que podem facilitar ou impedir avanços nos processos educativos.

O referencial de respeito à compreensão do processo de trabalho em sua totalidade de modo que possa instruir o levantamento de necessidades, e orientar a elaboração de problemas educativos relevantes. As condições materiais dos serviços igualmente apresentam problemas que facilitam ou impedem os processos educativos. Serviços que estão organizados e produzindo competentemente para atender às necessidades dos usuários certamente oferecem condições “ótimas” para os processos educativos. Entretanto, serviços que apresentam deficiências no cumprimento de suas finalidades, só facilitam os processos educativos se existe uma intenção política em modificá-los, caso contrário é impossível avançar.

Utilização de metodologias educativas tradicionais – A utilização de metodologia tradicionais de caráter transmissor tem promovido uma preocupação com aspectos técnicos da didática que privilegiam o esquematismo de atitudes, e reprodução de rotinas e tecnologias, conformando um modelo de instrução cientificamente fundamentado que instrumentaliza a atividade de ensino e garante os resultados previstos sem contudo questionar os conteúdos e a sua crítica. Nos serviços de saúde busca-se resolver as questões do ensino através de cursos para instrutores a fim de que os mesmos observem princípios do modelo, desenvolvam as

habilidades necessárias para operacionaliza-lo e recebam apoio de recursos didáticos suficientes.¹² Este processo caracteriza a metodologia da transmissão que se ocupa fundamentalmente de fazer do método o eixo das preocupações pedagógicas. “Perceber o método fora do conteúdo estabelece a “ilusão da existência a priori de uma metodologia baseada em princípios próprios e autônomos que “possibilitam” e “resolvem” o problema da transmissão “controlando” em sua ação a diversidade do conteúdo”.¹³

Assim, o caráter normativo construído a partir de prescrição de técnicas, “saberes” provoca a fixação de estereótipos de comportamento, reforçando a reflexão sobre a forma, dicotomizando uma vez mais o método do conteúdo, priorizando falsas perguntas e preocupação que impedem e limitam o desenvolvimento da prática docente.

Cabe neste contexto pontualizar as propostas de interação docente-assistencial e integração ensino serviço como metodologias, que buscaram superar a dicotomia entre teoria e prática.

A integração docente-assistencial trazia no seu bojo a necessidade de aumentar a aderência da formação universitária com a realidade dos serviços de saúde, de modo a possibilitar reorientações curriculares que resgatassem a totalidade da praxis. Entretanto, essa proposta na prática, não contribuiu exatamente para o desenvolvimento de uma metodologia educativa; constituiu-se apenas, em uma tentativa da articulação administrativa entre o serviço e a universidade, com o objetivo de ampliar campos de estágio.

A integração ensino-serviço visava a aprendizagem no serviço, especialmente para trabalhadores sem qualificação ou formação específica. Igualmente, não possibilitou o desenvolvimento de uma metodologia educativa que desse conta das necessárias articulações entre a teoria e a prática. Em geral, o ensino valorizava unicamente procedimentos técnicos pautados na observação de outros trabalhadores.

Voltando às questões propostas pode-se considerar que as relações concretas entre o processo de produção de serviços de saúde e as práticas educativas e a sua relevância, pareceriam “camuflar” estas relações. Obviamente o que se depreende é uma falta de entendimento do processo produtivo em saúde, suas raízes históricas e sociais, o que certamente implica na limitação da relevância dos processos educativos. Em consequência pode-se considerar que os processos educativos, em geral, não têm contribuído para resolver os problemas concretos da prática, na medida em que vêm acentuando a dicotomia entre o pensar e o fazer.

Em resumo, a compreensão do processo de trabalho em todas as suas dimensões é condição para o levantamento de necessidades educativas e a sua análise no sentido da construção de processos educativos de relevância para a transformação dos serviços.

¹² FURLÁN, Alfredo e Remedi, E. - *Notas sobre la practica docente: la reflexión pedagogica y las propuestas formativas*. Em: Forum Universitário, México, Stunan, n.10, Setembro, 1981.

¹³ FURLÁN, Alfredo e Remedi, e. op. cit.

Elementos do processo educativo

Em primeiro lugar é importante assinalar que não se tentará rever epistemologicamente a questão da aprendizagem, mas discutir o seu conceito e as suas relações com o ensino no serviço de saúde, identificando e analisando os elementos constitutivos desse processo na construção do conhecimento.

Os estudiosos da aprendizagem e educadores em geral, incluem no seu conceito a noção de processo e de modificação de comportamento. Para efeitos deste documento, tomou-se como referência as explicitações de Angel Diaz Barriga apresentadas no livro *Didáctica y Curriculum*. Este autor dá um sentido mais amplo e dialético à ideia de processo e uma maior abrangência na dinâmica dos seus resultados. Assim, aprendizagem é entendida como um processo dinâmico que conduz à “modificação de pautas de comportamento” verificando-se a “integração e estruturação de conhecimentos em todos os níveis da conduta humana, ou seja, na área da mente, do corpo e do mundo externo”.¹⁴ Em essência, a modificação de pautas de condutas significa articular um novo pensar a um novo fazer.

Neste processo considera-se essencial o sujeito que aprende, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto, e, o instrutor como facilitador desse processo.

Entende-se o sujeito que conhece como um ser humano concreto, marcado pelos condicionamentos biológicos e sociais, que na relação de aprendizagem mantém um papel ativo e preponderante. Sem querer entrar na discussão filosófica e epistemológica sobre o subjetivo-objetivo da relação do sujeito com o objeto, pode-se considerar que o sujeito está sempre presente em todos os objetos que conhece e os princípios da objetivação estão presentes no sujeito. O sujeito ao estabelecer relações com o objeto, o apreende a partir de sua visão de mundo, e o classifica e/ou estrutura de acordo com relações sociais concretas (língua em que pensa, mediação de situação de classe e interesse de grupo e motivação consciente ou subconsciente).¹⁵

Nos processos educativos que se realizam nos serviços de saúde o sujeito – o adulto com quem se vai trabalhar tem como atividade principal o trabalho, que é o seu meio de subsistência, e através do qual contribui para o desenvolvimento do setor saúde, e nele passa a maior parte do seu tempo.¹⁶ Apesar da heterogeneidade dada não apenas pela sua formação prévia mas por sua inserção social, funções que exercem relações de poder e hierarquia e, inserção na rede, é cidadão social e historicamente determinado, apto para adquirir e produzir conhecimentos.

O trabalhador, como sujeito de aprendizagem, deve ser referido em relação à complexidade da sua composição, ou seja, inúmeras categorias profissionais com especificidades próprias na produção de serviços.

¹⁴ BARRIGA, Angel Diaz – *Didáctica y Curriculum*. México: Nevomar, 1988. 6. ed. 145 p. (colección “Problemas Educativos”).

¹⁵ SCHAFF, Adam – A relação cognitiva, o processo de conhecimento, a verdade. In: *História e verdade*. Trad. Maria Paula Duarte. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 4. ed. p. 63-98. (Série Novas Direções).

¹⁶ IARA, Oscar H. – *La metodología dialéctica en educación Popular*. Grupo Alforja, Costa Rica. mimeo.

Atualmente na América Latina observa-se a bipolarização da força de trabalho; estão empregados em maior proporção os profissionais mais preparados – médicos, e os menos preparados – atendentes. A proporção de níveis intermediários técnicos é relativamente baixa.¹⁷ Além disto, há que considerar a especificidade do trabalho e os aspectos de cooperação inter e intra categorias.

O objeto de conhecimento constitui os conteúdos dos processos educativos, que devem integralizar conceitos, princípios, fenômenos, mecanismos de ação de natureza distinta. Nos processos educativos os conteúdos (objeto da aprendizagem) devem ser compreendidos como estruturas organizadas a partir de um recorte pautado no concreto e cuja lógica não deve perder nem a totalidade nem a unidade.

Nos serviços de saúde os objetos (conteúdos) são complexos; envolvem a abstração de problemas do processo produtivo em relação à cooperação e direcionalidade técnica na dimensões horizontal e vertical, exigindo recortes diferenciados para atender o coletivo dos trabalhadores ou a grupos específicos, compreendendo portanto desde os aspectos da política, aos da técnica e da gerência.

Conseqüentemente, os conteúdos de programas educativos nos serviços de saúde, somente adquirem relevância quando o recorte feito a partir de necessidades concretas organiza e estrutura os conhecimentos sem fragmentações ou atomizações e, acima de tudo, permite a crítica e a transformação da prática. Nesta busca de integração há que se considerar que o conhecimento, objeto desses processos educativos, não é neutro, mas sempre marcado pelas diversidades de divisão de mundo.

A interação entre sujeito e objeto nos processos educativos é intermediada por estruturas cognitivas e mentais relativas à inserção social e cultural do sujeito e à própria estrutura e organização do objeto. O sujeito, a partir do seu referencial de percepção de realidade e identificação dos fenômenos, em sucessivas aproximações, vai construindo novos conhecimentos, mais elaborados e específicos buscando alcançar a essência do objeto em sua totalidade. O processo de aprendizagem implica sempre em transformação do sujeito e do objeto, em realidades concretas, onde teoria e prática em sua unidade dialética – praxis – conduz os sujeitos além da compreensão do mundo, a intervir na sua transformação.

Finalmente, no processo educativo além das suas relações entre o sujeito e objeto na construção do conhecimento no sentido da transformação da prática nos serviços de saúde, deve-se refletir sobre o papel do instrutor nesse processo. O instrutor como planejador e executor do processo educativo, organiza e decodifica a estrutura do objeto, buscando favorecer o estabelecimento de relações concretas entre a teoria, a prática e a realidade. Por conseguinte o seu papel é inequivocamente central na mediação da interação entre o sujeito e objeto; sua atuação necessariamente viabiliza avanços e/ou mesmo retrocessos no alcance dos resultados da aprendizagem.

¹⁷ NOGUEIRA, Roberto Passos – *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil*. 1970 – 1983. Brasília, OPAS, 1986 (monografia do cap.1)

O instrutor para organizar a estrutura do conteúdo, necessariamente deve conhecer o processo produtivo em saúde. Esse conhecimento é necessário a fim de abstrair os problemas do trabalho e as necessidades concretas de aprimoramento do conhecimento, para intervenção na realidade. O instrutor nessa condição constitui-se em um supervisor deste processo, no sentido do controle do trabalho. E para decodificá-lo necessita não apenas de um compromisso político que facilite as relações concretas, mas também do domínio do objeto.

O compromisso político se refere à compreensão do sujeito, suas habilidades e capacidades de pensar e agir, garantindo a integralidade da interação para o domínio do objeto.

A participação do instrutor no processo educativo, como mediador, limita-se unicamente a coadjuvar o sujeito, sem jamais interpor-se como espelho reflexivo do objeto, dificultando o estabelecimento de relações concretas entre os mesmos (S-O). O instrutor é assim, capaz de arriscar-se em um trabalho que envolve novas idéias e novas formas de enfocar os problemas e que é capaz de analisar as falhas como fonte para aprendizagem. É alguém que acredita nas pessoas, na sua dinâmica de mudança e admite também que apesar do domínio do conhecimento não sabe tudo e portanto aprende no processo tanto quanto o sujeito.

Esta breve reflexão sobre os elementos do processo educativo coloca as bases teóricas para a reconceitualização de processos educativos nos serviços de saúde. O desafio a enfrentar está justamente na articulação do domínio político e do domínio do conteúdo na construção de uma proposta pedagógica da união do concreto vivido e o concreto pensado, do discurso democrático e da sua prática. A construção do conhecimento através de uma pedagogia ativa na qual o sujeito tem voz – um instrutor ouve e problematiza e o recorte do conteúdo instrumenta o pensar e o fazer – constitui o fundamento para enfrentar este desafio.