

Elienai Araujo Moura

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE DO HOSPITAL ESCOLA DR. JOSÉ CARNEIRO E
A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO: FOCANDO O OLHAR NA
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA

Maceió-AL

2008

Elienai Araujo Moura

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE DO HOSPITAL ESCOLA DR. JOSÉ CARNEIRO E
A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO: FOCANDO O OLHAR NA
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Artigo apresentado como requisito para adquirir o título de mestre em Educação Brasileira pela Universidade Federal de Alagoas, sob a orientação da professora Dr^a. Adriana Almeida Sales de Melo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA

Maceió-AL
2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

AUTORA:

Elienai Araujo Moura

TEMA:

A EDUCAÇÃO PERMANENTE DO HOSPITAL ESCOLA DR. JOSÉ CARNEIRO E A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO: FOCANDO O OLHAR NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

LOCAL:

CENTRO DE EDUCAÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
MACEIÓ/AL

COMPONENTES DA BANCA:

Professora Dr^a. Adriana Almeida Sales de Melo

Centro de Educação – UFAL

Professora Dr^a. Laura Pizzi

Centro de Educação – UFAL

Professora Dra. Maria Valéria Costa Correia.

Faculdade de Serviço Social – UFAL

Dedicatória

A meus queridos netos: Rafael, que com toda a inocência dos seus 4 anos, ao me ver sempre estudando para o mestrado, falou: “Vovó, eu queria que você só estudasse quando eu tivesse dormindo”; e a Rebeca, que volta e meia vem pra perto computador, onde sempre estou, e fala: “Vovó, já acabou? Quero ficar com você”. Crianças que tantas alegrias trouxeram à minha vida.

Agradecimentos

A Deus, Senhor da minha vida.

A meus pais, João e Maria, pelo que sempre me ensinaram.

Ao Francisco, companheiro de todas as horas, pelo amor e paciência, sempre respeitando meus momentos de altos e baixos.

A meus queridos filhos: Aline, Rachel, Francisco e Levi, pelo carinho, atenção e amor, presentes em todos os momentos.

A Adriana Melo, minha orientadora, pela competência e tranquilidade, sempre me passando segurança e fazendo tudo parecer mais fácil.

Aos professores Élcio Verçosa, Graça Loyola, Graça Tavares, Laura Pizzi, Luiz Paulo, Moisés Santana, Valéria Correia, pelos ensinamentos e pelos momentos em que me fizeram rever alguns conceitos.

A Carlos José Lobo Neto, por ter entendido a importância deste projeto, dando o seu apoio para que eu realizasse a pesquisa.

A todos os enfermeiros e enfermeiras que prontamente se dispuseram a colaborar com este trabalho.

Ao Anselmo, pela disponibilidade em me orientar nos primeiros passos, antes mesmo da elaboração do projeto de pesquisa.

Aos colegas de turma com quem dividimos alegrias, angústias e ansiedades, em especial ao Copérnico, à Francineide, à Iranir, à Martha Barbosa e ao Tiago Leandro.

“Não vos conformeis com esse mundo, mas transformai-vos pela renovação da vossa mente, para que experimenteis qual seja a boa, agradável e perfeita vontade de Deus”. Rm 12.2

SUMÁRIO

RESUMO	09
ABSTRACT	10
RESUMEN	11
LISTA DE SIGLAS	12
LISTA DE GRÁFICOS	13
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS DO BRASIL NO SÉCULO XXI	21
1.1 A Educação no Brasil	27
1.1.1 Cidadania e direitos sociais no decorrer da história	27
1.1.2 Ganhos na educação com a Constituição de 1988	33
1.2 A Saúde no Brasil	38
1.2.1 Notas sobre a história da saúde no Brasil	38
1.2.2 Mudanças na saúde a partir da criação do SUS	47
1.3 A influência dos movimentos sociais na construção da cidadania	50
CAPÍTULO II. A SAÚDE EM ALAGOAS	54
2.1 Universidade Estadual de Ciências da Saúde em Alagoas	57
2.2 O Hospital Escola Dr. José Carneiro	62
2.3 A interdisciplinaridade e a Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro	65
2.3.1 Currículo e interdisciplinaridade	65
2.3.2 A interdisciplinaridade na área da saúde	70
CAPÍTULO III. A EDUCAÇÃO CONTINUADA DO HOSPITAL ESCOLA DR. JOSÉ CARNEIRO E SUA RELAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO ..	73
3.1 Conceituando Educação Continuada e Educação Permanente	74
3.2 Políticas voltadas para a qualidade na assistência	77
3.3 Perfil dos enfermeiros e enfermeiras do Hospital Escola Dr. José	

Carneiro	80
3.4 A Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro e a qualidade na assistência	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	100
ANEXOS	

RESUMO

Esta pesquisa analisou as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro, direcionadas aos enfermeiros e enfermeiras no período de 2004 a 2006, e a sua contribuição na melhoria da assistência aos usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem em estudo de caso. Abordou os aspectos das políticas sociais no Brasil, tanto na área da educação como da saúde, enfatizando a influência dos movimentos sociais nas políticas públicas. Mostrou um pouco da história da saúde em Alagoas; a criação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde em Alagoas e do Hospital Escola Dr. José Carneiro; a importância do trabalho desenvolvido por estas instituições para a população carente; a relevância da interdisciplinaridade na Educação Permanente: o conceito de Educação Permanente; o perfil dos referidos profissionais, visando um maior conhecimento dessa categoria; que o atendimento humanizado é uma exigência do Sistema Único de Saúde. De acordo com esta pesquisa, para que haja uma contribuição mais significativa da Educação Permanente na qualidade da assistência, é preciso uma maior participação coletiva, assim como a identificação e definição de políticas públicas, de saúde e de educação, que norteiem as atividades a serem desenvolvidas.

Palavras-chaves: Educação permanente, saúde pública, qualidade na assistência, políticas públicas.

ABSTRACT

This research has analyzed the actions carried out by the Núcleo de Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro (Continuous Education Centre from School Hospital Dr. José Carneiro), aimed at the male and female nurses within the period between 2004 and 2006, and its contribution to the improvement of the users' health care. It is a qualitative research, with a case study approach. It has covered the aspects of the social policies in Brazil, both in the educational areas as well as in the health one, highlighting the influence of the social movements over the public policies. It has shown a little of the history of the health service in the State of Alagoas; the creation of the Health Sciences State University and the School Hospital Dr. José Carneiro; the importance of the work accomplished by these two institutions for the needy part of the population; the relevance of interdisciplinarity in Permanent Education: the concept for Permanent Education; the profile of the above-mentioned professionals, aiming at a higher knowledge of such professional category; the fact that the humanized health care is a requirement of the Sistema Único de Saúde (Unique Health System). According to this research, in order to promote a more significant contribution of the Permanent Education to the quality in the health care, a more collective participation in made necessary, as well as the identification and the definition of health and educational public policies which guide the activities to be accomplished.

Key words: Permanent education, public health, quality in health care, public policies.

RESUMEN

En esta investigación han sido analizadas las acciones desarrolladas por el Núcleo de Educación Continuada del Hospital Escuela Dr. José Carneiro, direccionadas a los enfermeros y enfermeras en el periodo de 2004 a 2006, y su contribución en la mejoría de la asistencia a los usuarios. Se trata de un estudio cualitativo, con enfoque en estudio de caso. Han sido abordados los aspectos de las políticas sociales en Brasil, tanto en el área de la educación como en el de la salud, subrayando la influencia de los movimientos sociales en las políticas públicas. Ha sido enseñada un poco la historia de la salud en Alagoas y del Hospital Escuela Dr. José Carneiro; la importancia del trabajo desarrollado por estas instituciones para la población carente; la relevancia de la interdisciplinaridad en la Educación Permanente: El concepto de Educación Permanente: el perfil de dichos profesionales, visando un conocimiento más amplio de esta categoría; que el atendimento humanizado es una exigencia del Sistema Único del Salud. De acuerdo con esta investigación, para que haya una contribución más significativa de Educación Permanente en la calidad de la asistencia, se hace necesaria una participación colectiva más significativa, así como la identificación y definición de políticas públicas de salud y educación, que encaminen las actividades que serán desarrolladas.

Palabras-claves: Educación permanente, salud pública, calidad en la asistencia, políticas públicas.

SIGLAS

CNI – Confederação Nacional da Indústria
CPML – Centro de Patologia e Medicina Laboratorial
DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECMAL – Escola de Ciências Médicas de Alagoas
ETSAL – Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora
FUNGLAF – Fundação Governamental Lamenha Filho
HEHA – Hospital Escola Dr. Hέλvio Auto
HEJC – Hospital Escola Dr. José Carneiro
HEPR – Hospital Escola Portugal Ramalho
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
LNT – Levantamento das Necessidades de Treinamento
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
MESM – Maternidade Escola Santa Mônica
NEC – Núcleo de Educação Continuada
NRH – Núcleo de Recursos Humanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento
PNH – Política Nacional de Humanização
PRODEHU – Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano
RH – Recursos Humanos
SESAU – Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFAL – Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL – Universidade Estadual de Ciências da Saúde em Alagoas
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Servidores dos HEJC

Gráfico 2 – Sexo

Gráfico 3 – Faixa etária

Gráfico 4 – Estado civil

Gráfico 5 – Etnia ou raça

Gráfico 6 – Nível de escolaridade

Gráfico 7 – Carga horária

Gráfico 8 – Participação em cursos

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa procurou analisar se as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Continuada (NEC) do Hospital Escola Dr. José Carneiro¹ (HEJC), oferecidas aos enfermeiros no período de 2004 a 2006, contribuíram para a qualidade na assistência aos usuários, investigando por que o atendimento era tão precário e quais os fatores que contribuíram para o mau atendimento. Foi motivada pelo fato de a pesquisadora ser funcionária do referido hospital, pois trabalhando no Núcleo de Recursos Humanos (NRH) recebia constantes reclamações no dia-a-dia de trabalho, tanto por parte dos servidores como por parte dos usuários. Buscou-se encontrar meios científicos que melhorassem a relação paciente e profissional da saúde.

Os sujeitos envolvidos foram os enfermeiros e enfermeiras do HEJC, vez que o objeto de investigação foi a educação permanente oferecida a esta categoria profissional.

No referido hospital havia muita insatisfação por parte dos usuários, que reclamam principalmente do atendimento, do tempo de espera para conseguir marcar consultas, exames, cirurgias ou qualquer outro procedimento. Estes chegavam de madrugada para tentar marcar suas consultas e muitas vezes era necessário esperar mais de um mês para serem atendidos e até vários meses quando se tratava de cirurgia. Várias vezes esses atendimentos eram remarcados ou adiados por tempo indeterminado.

Também havia muita insatisfação por parte dos servidores, que reclamavam das péssimas condições de trabalho, da falta de material, da falta de comunicação e de informações, tanto dos diversos setores do hospital, como da direção e dos próprios colegas.

¹ Por decisão política, em meados de 2006 iniciou-se uma reforma no Hospital Escola Dr. José Carneiro visando a ampliação da Unidade de Emergência Dr. Armando Lages, que continua até a presente data. Após esta reforma, deverá haver a junção das duas unidades, formando um novo complexo hospitalar.

Havia ainda reclamações por parte de alguns chefes em relação à falta de compromisso e à falta de maior envolvimento destes, que não desenvolviam suas atividades de forma correta, contribuindo para aumentar o conflito tanto interno como externo, o que repercute diretamente no atendimento aos usuários.

Com as constantes mudanças ocorridas no mundo atual, a classe trabalhadora está cada vez mais fragmentada e precarizada. Os profissionais das mais diversas áreas necessitam de constante atualização, de capacitação contínua, para acompanhar o alto índice de informações que surgem a todo o momento. Especialmente os profissionais da área de saúde, que estão sempre sujeitos a um nível de estresse muito alto, uma vez que estão em contato direto com a doença, com a dor e com a morte. Acrescente-se a isto o fato de estes servidores geralmente trabalharem mais de oito horas diárias, pois possuem mais de um vínculo empregatício, fato que dificulta sua participação dos mesmos nos programas da educação permanente.

Somam-se a esses, outros fatores que geram muitas reclamações por parte dos usuários, como: aumento da demanda de pacientes que buscam os serviços do HEJC; alto índice de reincidência no internamento. Outro fator que causa muita insatisfação aos profissionais do hospital é a falta de políticas de valorização dos servidores, pois estes se sentem muitas vezes preteridos e até injustiçados. O não-reconhecimento da importância do trabalho de cada um faz com que fiquem desestimulados, causando um sentimento de impotência e de pouco caso.

O alto índice de insatisfação existente no HEJC, tanto por parte dos usuários, como por parte dos servidores, e também por parte de alguns chefes, nos levou a realizar esta investigação, buscando encontrar alternativas que sirvam de orientação para as ações dos referidos núcleos de forma que se possa melhorar a qualidade na assistência e aumente o nível de satisfação dos profissionais (ALAGOAS, 2005b).

Nesta pesquisa aplicou-se a metodologia da pesquisa qualitativa, por ter como uma de suas características relevantes ser realizada por alguém interno à instituição, que é o caso da pesquisadora, pois sendo funcionária do hospital, tornou-se mais fácil analisar e entender os fenômenos estudados, enfatizando o processo dos acontecimentos e a seqüência dos fatos ao longo do tempo,

possibilitando uma visão holística que considerou todo o contexto em que se realizou a pesquisa. Para que se tenha essa compreensão foram observados, analisados e estudados os motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores e o nível de significado expressos pelos enfermeiros e enfermeiras do HEJC, valorizando suas falas, gestos e práticas, já que não se pode separar a mente humana de sua subjetividade, emoções e valores (DILTHEY apud SANTOS FILHO, 1995, p.28).

Na pesquisa qualitativa o “interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas” (LUDKE & ANDRÉ, 1986, p.12). Baseado neste pressuposto observou-se como a educação permanente interagiu nas atividades do dia-a-dia dos enfermeiros (as) do hospital em estudo. Moreira e Caleffe (2006, p. 73) afirmam que a pesquisa qualitativa explora as características dos indivíduos e os cenários que não podem ser facilmente descritos numericamente. Por esta razão os dados são freqüentemente verbais, sendo coletados pela observação, descrição e gravação. Com relação à pesquisa qualitativa em saúde, Zanchetta e Leite (2006, p. 120) afirmam que esta

pretende captar, através das diversas formas de expressão do pensamento e das experiências vividas, elementos que permitam ao pesquisador reconstruir as histórias de vida dos pesquisados pelas suas imagens de saúde, dor, sofrimento, fracassos, êxitos, desejos, vida e morte.

Entende-se que pesquisas como esta facilitam a compreensão do universo vivenciado pelos profissionais, dando suporte técnico e científico para que o pesquisador possa entender melhor as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos indivíduos que trabalham com o complexo fenômeno saúde-doença-morte.

Foi adotada a abordagem do estudo de caso, por ter como uma de suas características a busca do conhecimento, entendendo que este não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente, que é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa, buscando retratar a realidade de forma completa e profunda. Esta abordagem também usa várias fontes de informação; no caso desta pesquisa, a observação, o questionário e a entrevistas. No estudo de caso o pesquisador procura relatar as suas experiências durante o estudo, de modo que o leitor ou usuário possa fazer as suas generalizações (LUDKE & ANDRÉ 1986, 18).

De acordo com Ludke e André (1986, p.21), o estudo de caso tem três fases: a exploratória, que pode surgir de um contato inicial com a documentação existente e com as pessoas ligadas ao fenômeno estudado ou pode ser derivada de especulações baseadas na experiência pessoal do pesquisador; a coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos mais ou menos estruturados; e a fase que consiste na análise sistemática e a elaboração do relatório. Nesta última fase é necessário juntar a informação, analisá-la e torná-la disponível aos informantes para que manifestem suas reações sobre a relevância e a acuidade do que é relatado.

Partindo destes princípios, com o objetivo de identificar quais os fatores que contribuem para o mau atendimento, buscou-se desenvolver uma pesquisa que venha contribuir para o desenvolvimento de ações que influenciem o aprimoramento da formação profissional dos enfermeiros e das enfermeiras do HEJC, levantando questões que interferem em suas práticas de trabalho, proporcionando assim, possibilidades de mudanças, especialmente no atendimento aos usuários do hospital.

Foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, analisando-se o pensamento de vários autores (CORREIA 2005, GRAMSCI 2000, MELO 1998 e 2004, MORAES 2007, NEVES 2005, SANTOMÉ 1998, SILVA 2005, ZEICHNER E PEREIRA 2005), que deram embasamento teórico à discussão. Na pesquisa documental, analisaram-se leis, decretos, relatórios, plano de desenvolvimento institucional e regimentos da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e do HEJC e realizou-se a pesquisa de campo baseada na abordagem do estudo de caso, analisando a prática destes profissionais, observando o desenvolvimento de seu trabalho no dia-a-dia da instituição. Aplicaram-se questionários, realizaram-se entrevistas, ouvindo atentamente tudo o que eles tinham a dizer.

Foram entregues quinze questionários, escolhidos aleatoriamente, incluindo todas as áreas do hospital, a saber: ambulatório, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva (UTI), dos quais nove foram devolvidos, o equivalente a aproximadamente vinte por cento do quadro de enfermeiros e enfermeiras. Os questionários foram entregues pela própria pesquisadora no horário de trabalho dos referidos profissionais, que as levavam para responder em casa, devolvendo-os posteriormente.

Para realização das entrevistas, foi solicitado o número do telefone dos enfermeiros, no setor de pessoal, e se telefonou antecipadamente para marcar dia, horário e local, já que as entrevistas foram realizadas em maio deste ano e os profissionais estavam distribuídos em diversos órgãos do Estado, por conta da reforma. Razão pela qual só foram realizadas três entrevistas, escolhidas de forma aleatória, respeitando a disponibilidade dos profissionais. Outro fator que dificultou as entrevistas foi o fato de alguns terem mudado o número do telefone, ou estarem de licença médica. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho de cada trabalhador, assim distribuídas: uma foi realizada no Hospital Escola Dr. Hélvio Auto, outra na Universidade Estadual das Ciências da Saúde de Alagoas e outra na Secretaria de Saúde de Alagoas.

Embora separados no espaço físico, todos foram muito prestativos, falando com franqueza e espontaneidade. Todas as afirmações, queixas ou reclamações eram comuns nas três entrevistas, destacando-se como ponto crítico principal a falta de condições de trabalho, especialmente a falta de materiais básicos, a falta de medicação e a estrutura física precária.

Na pesquisa de campo, puderam ser observadas as experiências vivenciadas por estes profissionais, buscando-se reconstruir a realidade vivida por eles para aprimorar continuamente os diversos aspectos da prática profissional e social desses indivíduos, bem como dados que pudessem gerar conhecimento coletivo que leve a uma ação social e política para resolução de problemas coletivos, procurando obter maior envolvimento com os usuários e com a instituição como um todo.

Após a obtenção dos dados, analisaram-se os questionários, da seguinte forma: primeiro, os dados foram classificados e organizados de acordo com o que foi levantado no questionário (idade, sexo, tempo de serviço na instituição, nível de escolaridade, religião, etnia, problemas identificados, sugestões) em forma de tabelas e gráficos, permitindo uma visualização geral e ampla dos dados obtidos na pesquisa; em segundo lugar, os dados foram categorizados, observando-se a coerência e simplicidade do referencial de codificação; a transparência da documentação. Então foi realizada uma descrição detalhada de todos os dados obtidos, procurando sempre embasar com fundamentação teórica, adequando ao

modelo da pesquisa adotada, verificando o rigor científico, a ética e o respeito aos profissionais, inclusive preservando a identidade de cada um.

No primeiro capítulo, levantaram-se alguns elementos sobre os rumos das políticas sociais no Brasil até o século XXI, especialmente na área da educação e da saúde, abordando os avanços conquistados através dos movimentos sociais e das Constituições Brasileiras e mostrando como a saúde está diretamente relacionada às políticas sociais. Observa-se que, desde o Brasil colônia até o fim do século XIX, a doença era tratada através de ervas e plantas, quase não existiam profissionais da saúde. Só no início do século XX a área médica começou a se articular em defesa da classe e da saúde pública.

No segundo capítulo, aborda-se a questão da saúde em Alagoas, fazendo uma breve retrospectiva desde a criação do primeiro órgão da saúde deste Estado, a Inspetoria Geral de Higiene Pública, em 1892, ainda no século XIX, que passou por vários dirigentes; as dificuldades para a implantação da rede básica de saúde, proposta pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); as melhoras obtidas com esse programa e o fracasso dele. Apesar das grandes dificuldades, a saúde em Alagoas também teve alguns ganhos, como a criação das universidades de saúde e dos hospitais públicos.

Como a contribuição dos movimentos sociais tem influenciado a área da saúde e da educação no Brasil, seja direta ou indiretamente, buscou-se relacionar a formação dos profissionais da saúde, especialmente a área da enfermagem, com a importância da qualidade na assistência. Faz-se também um breve comentário a respeito da criação da UNCISAL e do HEJC, sua relação institucional, mostrando o trabalho desenvolvido por este hospital para todo o Estado de Alagoas, principalmente para as comunidades carentes. Abordou-se a importância do currículo e da interdisciplinaridade na saúde, especialmente na Educação Permanente.

A última parte da dissertação, o terceiro capítulo, traz os resultados da pesquisa realizada no HEJC, conceitua Educação Continuada e Educação Permanente, aborda a importância desta para a qualidade na assistência, ressalta o trabalho desenvolvido pela NEC do HEJC, apresenta o perfil dos enfermeiros e

enfermeiras que trabalham neste hospital, possibilitando um melhor entendimento das atitudes da categoria.

Esta pesquisa traz uma contribuição significativa para o debate crítico da temática, proporcionando maior entendimento a respeito do papel do Núcleo de Educação Continuada do hospital, destacando a importância de uma maior participação coletiva nas atividades a serem desenvolvidas por estes, como também a implantação de um trabalho interdisciplinar, que fortaleça as ações do NEC e que envolva um maior número de profissionais, das diversas áreas, para então obter um bom resultado no trabalho de assistência aos usuários,

Através da identificação de políticas públicas de saúde e de educação que possam nortear as atividades do NEC, assim como as atividades do NRH, espera-se proporcionar aos servidores da área de enfermagem um desenvolvimento contínuo; dando suporte técnico e emocional para que se sintam mais capacitados e mais seguros para exercer suas atividades, corroborando o resgate da auto-estima de cada um, valorizando o trabalho por eles desempenhado e contribuindo para que desenvolvam suas atividades com maior satisfação e de forma mais comprometida, oferecendo assim um atendimento de excelência aos usuários do hospital, que são pessoas excluídas pela própria sociedade, carentes de quase tudo, principalmente de saúde e de atenção.

CAPÍTULO I – NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS DO BRASIL NO SÉCULO XXI.

Vive-se “uma nova época histórica, a pós-modernidade” (SILVA, 2002, p. 111), a era do conhecimento, no entanto, o conhecimento não é acessível a todos. É uma sociedade desigual, muitas vezes injusta e desumana. É a sociedade das incertezas e das instabilidades, das diferenças e das contradições. Uma sociedade regida pelo capitalismo selvagem e cruel, onde existe um alto índice de concentração de renda que provoca o empobrecimento da maioria da população. Melo (2004, p.29) se refere ao momento atual dizendo que:

Para o final do século que passou, um novo mundo, pós-moderno, é proclamado e realizado com uma cultura do tudo novo, da parte, do fragmento, do esfacelamento de si mesmo e do mundo; um desencontro saudado como multiplicidade e diversidade, um sentimento de recolhimento necessário, um desconhecimento de si mesmo e do outro.

Percebem-se as contradições deste novo mundo, em que a maior referência deveria ser o ser humano, porém este, na sua maioria, se encontra em conflito, tendo de conviver com o desemprego ou com o subemprego, em um mundo competitivo e individualista que deixa a classe subalterna cada vez mais longe da possibilidade de uma vida digna e decente. As exigências do mercado de trabalho consolidam cada vez mais essa distância, deixando a classe trabalhadora com o sentimento de impotência para acompanhar todas as inovações tecnológicas e as transformações que acontecem, velozmente, nos dias de hoje. Como bem descreve Melo (2004, p.30), quando se refere aos efeitos do neoliberalismo: “Por um lado, um sentimento de lassidão profunda se apodera aos poucos da dimensão coletiva da humanidade, (...) por outro lado, um reforço, um aperto, uma tensão na responsabilidade do indivíduo com a sua própria existência”.

Nesta sociedade conflituosa e divergente está o complexo setor de saúde. A Constituição Brasileira (BRASIL, 2007a) no artigo 196 diz que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, mas o que se vê são enormes filas com pacientes que nem sempre conseguem ser atendidos, que passam mal e até morrem enquanto esperam por um atendimento; são hospitais sucateados onde falta quase tudo, desde o material de limpeza até o medicamento, retratando o efeito de um sistema

que não valoriza o ser humano, em que a classe dominante se mantém no poder à custa da miséria de outrem e o serviço público não é levado a sério. Conforme constatado nas entrevistas que realizadas:

O posto de enfermagem fazia vergonha, não adianta dizer que era bom, a gente atendia ali porque tava pra trabalhar mesmo, mas era um posto assim, a gente não tinha sabão pra lavar as mãos, não tinha uma toalha descartável, tudo isso dificulta o nosso atendimento, faltava e ficava por isso mesmo. Às vezes não tinha máscaras suficientes, a gente não tinha aquela manutenção, dos nossos aparelhos, porque teria que ter uma equipe pra isso, quebra o aparelho tem que ter outro pra repor na mesma hora, então vai mandar pra o conserto, daqui que tenha licitação, é aquela burocracia toda, e isso faz com que a assistência não seja adequada, complica pra gente, né? Complica de modo geral pra todo mundo (ENTREVISTA Nº 1, 2008).

Em meio a esta complexidade estão os profissionais de saúde envolvidos num conjunto delicado de preceitos éticos, muitas vezes em confronto direto com a racionalidade técnica do trabalho, onde acontece, por vezes, ter de se escolher entre um e outro paciente, quem deve sobreviver e quem deve morrer, devido à precariedade das condições de trabalho. Sabe-se da necessidade de se oferecer apoio emocional e psicológico aos profissionais que lidam diariamente com a dor e o sofrimento do outro, deixando muitas vezes o profissional sensibilizado e até fragilizado diante das situações enfrentadas no trabalho, como no caso relatado pela entrevistada.

Aconteceu comigo, uma vez uma criança precisava fazer um exame e não tinha como fazer porque não tinha a medicação que faz a criança dormir. A gente encaminhou o pedido, não tinham dinheiro pra comprar, era um valor pequeno, e essa criança tava com a mãe, a mãe tinha outros em casa que deixava com o pai, que era alcoólatra, ela estava preocupada com os outros filhos, dependia desse exame para liberar a criança ou não. Eu fui pra direção, falei, eles disseram: mas não tem dinheiro agora. Eu comprei do meu bolso; tá certo que eu pedi uma nota fiscal, entreguei, eles me pagaram, me pagaram com dois meses depois mas pagaram. Mas essas coisas não eram para acontecer de jeito nenhum (ENTREVISTA Nº 1, 2008).

Casos como esse acontecem constantemente em hospitais públicos. As políticas públicas não têm sido suficientes para proporcionar melhores condições de trabalho, para que estes trabalhadores possam exercer suas atividades com segurança e com eficácia. O que sem dúvida resultaria no alívio da dor e do sofrimento de tantos sujeitos que utilizam os serviços da saúde pública.

Muitos são os desafios enfrentados no dia-a-dia desses profissionais, que precisam também ser cuidados para poderem cuidar bem do outro. Atualmente fala-

se muito em humanização nos hospitais, visando justamente o bem-estar do paciente e dos profissionais, mas na realidade este fato ainda está longe do ideal desejado. Mesmo existindo uma Política Nacional de Humanização instituída pelo Ministério da Saúde, cujos princípios são:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2008a).

A proposta da política de humanização é operar transversalmente em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo todos os sujeitos, gestores de saúde e usuários, propondo ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2008a). Percebe-se que a implementação de uma política como essa é uma tarefa árdua e demorada, requer um novo olhar na forma de tratar a saúde, requer um novo modelo de gerenciamento dos recursos financeiros e especialmente uma nova maneira de tratar os profissionais de saúde, assim como uma nova forma de ver o outro, o ser humano que procura os serviços do SUS.

No HEJC ouvem-se muitas reclamações, tanto por parte dos usuários como por parte dos profissionais. É necessário desenvolver ações que capacitem estes profissionais para lidar com a frustração, com a ansiedade e com o sentimento de impotência vivenciado no seu dia-a-dia. Construir caminhos que permitam melhorar a capacidade técnica, operacional, emocional e psicológica desses profissionais. Desenvolver um trabalho coletivo em que se ressalte a importância do trabalho realizado pela categoria, conscientizando-a do seu papel social, de que a mudança pode começar a partir da prática de cada um, inclusive exigindo dos poderes públicos condições de trabalho, conforme determina a legislação.

Este caminho pode ser construído através da Educação Permanente, quando direcionada para atender às necessidades da classe trabalhadora, alinhada às necessidades dos usuários. O Ministério da Saúde tem criado leis, decretos e portarias que visam melhorar a qualidade do atendimento na saúde, como a política de HumanizaSUS, citada acima, e a portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que regulamenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, que considera, entre outras, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL,2007b).

Essa portaria, assim como a Política Nacional de Humanização (PNH), não tem surtido o efeito desejado, pelo menos no hospital pesquisado; talvez por ser um decreto relativamente novo, ainda não foi implantado. Para a condução localregional da política, foram criados os Pólos de Educação Permanente em Saúde, cujas funções, entre outras, são: mobilizar a formulação e a integração de ações de educação, formação e capacitação dos distintos atores locais, tais como: usuários, dirigentes dos serviços, gestores públicos, dirigentes institucionais, docentes, estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação, trabalhadores de saúde, agentes sociais e parceiros intersetoriais; induzir processos de transformação das práticas de saúde e de educação na saúde (BRASIL,2007b).

A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, juntamente com a Política Nacional de Humanização, representaria uma mudança significativa nesse sistema de saúde, vivenciado não só pelo hospital em questão, mas pela maioria dos hospitais públicos de Alagoas, uma vez que essas políticas impõem a participação de todas as pessoas envolvidas na saúde, possibilitando:

A troca e a construção de saberes; O trabalho em rede com equipes multiprofissionais; A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2008a).

São políticas importantes que permitem desenvolver ações direcionadas para o aprimoramento dos profissionais da saúde, através de ações educativas. No entanto, essas ações na prática ainda não estão sendo devidamente implantadas, especialmente no hospital pesquisado, em que a educação permanente se limita a cursos e palestras direcionadas ao aperfeiçoamento de técnicas que atendam a necessidades pontuais, devido à falta de estrutura adequada, bem como de políticas institucionais de capacitação e, principalmente, de recursos financeiros, sem os quais a qualidade na assistência fica comprometida.

O sistema capitalista dominante, no mundo atual, torna o trabalho ainda mais precarizado, sujeitando o trabalhador a níveis de exploração muitas vezes desumanos, exigindo destes uma capacidade extra de equilíbrio. De acordo com a Confederação Nacional da Indústria (CNI), cabe ao trabalhador:

cumprir, nos novos tempos, novas tarefas; caberá adquirir habilidades e habilitações para cumprir estas novas tarefas através de uma qualificação polivalente: aprender a pensar, para melhor se adequar; desenvolver habilidades básicas para atender às suas necessidades de aprender a desenvolver, em curta ou longa duração, sua qualificação educacional específica; aprender a co-gerir o próprio processo de produção (MELO 1998, p. 81).

Neste mercado, a formação permanente é indispensável para aumentar a capacidade técnica, operacional, emocional e oferecer o suporte necessário para que a classe trabalhadora suporte as exigências do mercado de trabalho. O corpo humano não está preparado para acompanhar o ritmo exigido por esse mercado, o que tem causado problemas de relacionamento interpessoal e o adoecimento das pessoas, pois muitas doenças estão relacionadas ao nível de estresse a que as pessoas são submetidas no seu dia-a-dia.

É imprescindível que o Estado, através de políticas públicas, cuide também da saúde física e mental de seus servidores, proporcionando aos seus profissionais condições que possibilitem o amplo desenvolvimento de seu potencial, considerando os aspectos: biológico, intelectual, psicológico, emocional e social, além de sua qualificação permanente, para que assim eles, devidamente cuidados, possam cuidar de seus pacientes com competência e disposição, já que fica muito difícil um ser humano cuidar bem do outro quando ele próprio está sendo negligenciado.

Há uma forte cobrança por parte da sociedade para que os indivíduos procurem desenvolver sua capacidade intelectual e suas habilidades técnicas e criativas, para assim se manterem no mercado de trabalho; porém as questões são: há emprego para todos? Basta desenvolver a capacidade técnica e criativa para encontrar um bom emprego? O que seria um bom emprego?

Em meio a tantos questionamentos, cabe às instituições públicas desenvolver e implantar políticas de valorização e de formação que possibilitem a atualização profissional; condições para uma melhor qualidade de vida; programas que visem um melhor relacionamento interpessoal e tratar de seus clientes, sejam internos ou externos, de forma mais cordial, responsável e respeitosa.

De acordo com Chiavenato (1999, p.294):

O treinamento é considerado um meio de desenvolver competências nas pessoas para que elas se tornem mais produtivas, criativas e inovadoras, a fim de contribuir melhor para os objetivos organizacionais; é uma forma eficaz de agregar valor às pessoas, à organização e aos clientes.

Portanto, o treinamento é, tradicionalmente, na cultura capitalista, uma forma de desenvolver as competências profissionais para atender à demanda do mercado, e é essa cultura que prevalece também nas organizações públicas. É necessário ampliar essa forma de trabalhar e de enxergar a capacitação, procurando desenvolver um trabalho educativo voltado para a construção de um mundo mais humano e mais participativo.

Não se pode ignorar que a capacidade criativa e inovadora é ferramenta que ajuda o trabalhador a superar dificuldades encontradas diante das mudanças que estão ocorrendo no sistema produtivo, no mercado de trabalho e na organização do trabalho e na distribuição dos tempos de vida. Porém, é importante que se trabalhe no âmbito da educação profissional estabelecendo vínculos entre pesquisa, experiência e negociação entre os trabalhadores.

Se as organizações, especialmente as públicas, não adotarem políticas de valorização do servidor, estratégias que estimulem o sentimento de pertencimento à instituição e um trabalho educativo que vise o desenvolvimento, profissional e pessoal, dos servidores, continuarão com a qualidade dos serviços comprometidos

além de estarem sujeitas a perder excelentes profissionais, os quais irão à procura de alternativas que possibilitem um maior crescimento profissional e financeiro e que promovam maior satisfação e realização, pois este é outro fator que o trabalhador busca.

1.1 A Educação no Brasil

1.1.1 Cidadania e direitos sociais no decorrer da história

O processo de construção da cidadania envolve vários aspectos da vida social relacionados com as necessidades explicitadas pelas pessoas; com a construção de uma identidade em que cada um se reconhece como parte de uma sociedade, em que se têm direitos e deveres, onde se possa interagir com os demais membros da comunidade como parte integrante de um todo, sem que se sofra qualquer forma de discriminação ou exclusão.

Muito se fala sobre igualdade para todos, liberdade de expressão, universalidade dos direitos, valorização e respeito pelo ser humano. Entretanto, constatam-se no dia-a-dia que sistema capitalista tem contribuído para continuar a opressão da classe dominante em relação à classe subalterna.

A partir do desenvolvimento do comércio, nos séculos XI e XII, foi mudando aos poucos a relação entre o senhor feudal e o servo, o qual vivia sob completa dependência e subserviência ao seu senhor. Os servos, na maioria quase absoluta camponeses e artesãos, foram se deslocando para as cidades em busca de sua liberdade e de outra forma de vida, pois até então:

Não se necessitava diariamente de dinheiro para adquirir coisas [...] porque quase nada era comprado. Um pouco de sal, talvez, e algum ferro. Quanto ao resto, praticamente toda a alimentação e o vestuário de que o povo precisava eram obtidos no feudo [...] o dinheiro era escasso e as moedas variavam conforme o lugar. Pesos e medidas também eram variáveis de região para região. O transporte de mercadorias para longas distâncias,

sob tais circunstâncias, obviamente era penoso, perigoso, difícil e extremamente caro. Por todos esses motivos, era pequeno o comércio nos mercados feudais locais. Mas não permaneceu pequeno. Chegou o dia em que o comércio cresceu [...] A população das cidades queria liberdade. Queria ir e vir quando lhe aprouvesse (HUBERMAN, 1986, p. 17, 18 e 28).

Surgem no século XVIII os direitos civis; emergem no século XIX os direitos políticos e só no século XX nascem os direitos sociais (FAVERO, 2001, p. 5), estes em decorrência de mobilização social e política.

Direitos civis são os direitos necessários à liberdade individual – direito de ir e vir, de possuir propriedade, de exercitar sua fé e pensamento e o direito à justiça; direitos políticos, que dizem respeito aos direitos de votar e ser votado, possibilitando a participação dos cidadãos nas ações do Estado, teoricamente escolhendo os dirigentes da Nação, Estado e Município; e os direitos sociais, que abrangem desde um direito mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar da vida social como um ser civilizado, de acordo com os padrões da sociedade – como segurança, alimentação, transporte, saúde, educação, habitação, assistência jurídica etc. (MARSHALL APUD MENICUCCI, 2007).

No século XVIII, Hobbes, Locke e Rousseau, principais representantes do jusnaturalismo ou teoria dos direitos naturais, já teorizavam sobre o direito à vida, à liberdade e à propriedade (WEFFORT, 1989, p. 84). Hobbes defende que o Estado, soberano, é quem deve garantir a vida e a propriedade do indivíduo. Acreditava que os homens eram iguais, porém como vivem em estado permanente de guerra deviam entregar seus bens e sua vida aos cuidados de um soberano:

A natureza fez os homens tão iguais, quanto às faculdades do corpo e do espírito, que, embora por vezes se encontre um homem manifestamente mais forte de corpo, ou de espírito mais vivo do que o outro, mesmo assim, quando se considera tudo isso em conjunto, a diferença entre um e outro homem não é suficiente considerável para que qualquer um possa com base nela reclamar qualquer benefício a que outro não possa também aspirar, tal como ele [...] encontro entre os homens uma igualdade ainda maior do que a igualdade de força [...] é preciso que exista um Estado dotado de Espada, armado, para forçar os homens ao respeito. Desta maneira, aliás, a imaginação será regulada melhor, porque cada um receberá o que o soberano determinar (WEFFORT, 1989, p. 54 e 61).

Enquanto Locke impõe limites ao poder do Estado, submetendo-o às leis e dando o direito de resistência à comunidade quando aquele não visar à garantia do direito à vida, à liberdade e à propriedade (CORREIA, 2005, p. 30). Para Locke, os

direitos naturais inalienáveis do indivíduo à vida, à liberdade e à propriedade constituem o cerne do estado civil, e ele é considerado por isso o pai do individualismo liberal (WEFFORT, 1989, p. 88).

Rousseau acreditava que o homem era bom, mas que a disputa por bens materiais o tornava egoísta e corrupto, acabando com seu estado de felicidade:

a essência do homem é boa, desprovida do egoísmo – bom selvagem – e este vivia em estado originário de felicidade e igualdade, sobrevivendo do que a natureza lhe dava. É a propriedade privada, ou seja, a divisão entre o meu e o teu que acaba com este estado de felicidade e dá origem à sociedade civil. Esta corrompe o homem e dá fim ao estado de natureza, implantando a desigualdade (CORREIA, 2005a, p.35).

Historicamente, percebe-se que os direitos sociais surgiram a partir de uma necessidade da sociedade capitalista, haja vista que, segundo alguns autores, o homem era bom na sua essência. Foi a divisão de bens que o corrompeu e o tornou egoísta, criando as desigualdades sociais.

Com a promulgação da Constituição, (BRASIL, 2007a) vigente em nosso país, houve um avanço em relação a essa questão, entretanto não foi suficiente para solucionar essas desigualdades. Mesmo quando o artigo 205 determina: “a educação é direito de todos e dever do Estado e da família {...} visando o pleno desenvolvimento da pessoa”, parece um desafio utópico, quando pensamos em como obter o pleno desenvolvimento de uma pessoa, se o que vemos no dia-a-dia são as diversas formas de desigualdade e de desrespeito ao ser humano, através da exclusão social, onde se registra um alto percentual de brasileiros abaixo da linha de pobreza e um grande número de crianças estão fora da sala de aula. Em 2005 quase trinta por cento (29,26%) da população alagoana com quinze anos e mais de quinze anos era analfabeta (BRASIL, 2008b).

Num país em que um pequeno percentual da população detém a maior parte das riquezas, com uma grande concentração de renda, conforme mostram os indicadores socioeconômicos (BRASIL, 2008b), em 2005 as pessoas situadas nos 20% (vinte por cento) mais ricos da região Nordeste apresentavam rendimentos 20,38 (vinte vírgula trinta e oito) vezes mais elevados do que aqueles situados nos 20% (vinte por cento) mais pobres. Em Alagoas, 64,68% (sessenta e quatro vírgula sessenta e oito por cento) da população recebia, nesse mesmo ano, uma renda de

até meio salário mínimo, mostrando claramente como o sistema capitalista consolidado pela classe dominante marginaliza, discrimina e exclui cada vez mais a classe subalterna da tão sonhada e falada igualdade.

No Brasil a história da educação e da saúde tem trajetórias específicas. A educação não representou um direito do cidadão, inicialmente, mas ao longo da história, a partir de mobilizações sociais, esse direito foi sendo absorvido pelas Constituições. Embora conste na Constituição Federal como um direito, isso não significa dizer que efetivamente todos estejam usufruindo desse direito, embora todos devessem usufruir. A lei garante; no entanto, se faz necessária uma mobilização social para que os direitos garantidos por lei sejam de fato concretizados. Observem-se os avanços que aconteceram na educação brasileira, através das Constituições, desde o Brasil Império.

Na primeira Constituição Política do Império do Brasil, de 1824, o direito à educação foi definido de acordo com os interesses da Corte, não representando nenhum interesse articulado da sociedade, nem nenhuma mobilização social. O texto final, que prevaleceu após várias discussões, foi altamente centralizador e limitado, resumido em apenas dois itens, assim redigidos no artigo 179, parágrafo 32: “A instrução primária é gratuita a todos os cidadãos”; e o parágrafo 33: “Colégios e Universidades, onde serão ensinados os elementos das ciências, belas letras e artes”. Figurava uma mera formalidade, pois não representava efetivamente uma prática a ser cumprida, uma vez que:

Os direitos e garantias, especificamente os direitos à educação, atendiam diretamente às reivindicações dos liberais de Portugal, onde D. Pedro empenhava-se em manter seu direito a sucessão de D. João VI. A gratuidade universal à educação primária, genericamente proclamada e candidamente outorgada na Constituição, não derivou de interesses articulados e reclamos sociais organizados, inserindo-se no texto como um reconhecimento formal de um direito subjetivo dos cidadãos que uma obrigação efetiva do Estado (FAVERO, 2001, p.53).

A educação era parte de uma sociedade escravocrata que atendia apenas os filhos de homens livres, especialmente do sexo masculino e branco. De acordo com Ribeiro (2002, p.57), “pressupõe-se que cerca de um décimo da população a ser atendida o era realmente”. Não tinham, portanto, acesso à educação os negros, nem índios, nem filhos de trabalhadores rurais, nem as

mulheres, já que o pensamento da época considerava desnecessário a mulher estudar, pois suas obrigações restringiam-se às atividades domésticas.

Com a proclamação da República, em 1889, foi necessário criar um novo regime e, conseqüentemente, elaborar uma nova Constituição, a segunda Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, criada em 1891, a qual previa uma maior participação da sociedade na construção dessa nova nação que estava surgindo, fruto de uma ruptura política, conforme descreve Cury:

O 15 de novembro de 1889, uma sexta-feira, foi um golpe militar com o apoio civil que, *ipso facto*, extinguiu o Império e eliminou consigo a constituição existente. Urgia criar um outro regime, substituir um governo e, sobretudo, dar à nação um conteúdo conforme a nova situação. Havia até mesmo uma expectativa de maior participação popular nos destinos do país (CURY APUD FAVERO, 2001, p.69).

Interessante perceber que mesmo havendo a expectativa da participação popular, uma das primeiras medidas do governo provisório foi “extinguir o voto censitário e impor o saber ler e escrever como condição do acesso à participação eleitoral” (FAVERO, 2001, p.72), limitando assim a participação democrática de todos os cidadãos nesse novo momento político.

Na Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil promulgada em 1934, a terceira Constituição do Brasil, constatam-se alguns avanços em relação às Constituições anteriores. No artigo 149, declara-se que a educação passa a ser direito de todos, devendo ser ministrada pela família e pelos poderes públicos (FAVERO, 2001, p. 126), apesar de o artigo 150, alínea e, limitar a matrícula à capacidade didática do estabelecimento e seleção por meio de provas de inteligência e aproveitamento, ou por processos objetivos apropriados à finalidade do curso; ela passa a ter um caráter mais abrangente, mesmo ainda não estando caracterizado como dever do Estado, ficando em aberto para que fosse ministrado pela família e pelos poderes públicos, sem a obrigação efetiva destes poderes².

Houve mais um ganho nesta Constituição: no artigo 156 ficou estabelecido que “a União e os Estados aplicarão nunca menos de dez por cento, e os Estados e o Distrito Federal nunca menos de vinte por cento da renda resultante dos impostos, na manutenção e no desenvolvimento dos sistemas educativos”. A definição de um

² Ver a Constituição de 1934, Fávero 2001, p. 305.

percentual mínimo para investimentos em educação é, sem dúvida, uma conquista, mesmo este percentual não tendo sido suficiente para atender às demandas, representou um compromisso maior com a educação, como escreve Rocha:

não basta a afirmação do direito. Requer-se o estabelecimento dos meios garantidores do direito público através dos fundos especiais e de índices orçamentários fixos destinados a educação [...] A aceitação pela Assembléia Constituinte desses dois pontos, o direito universal à educação básica e os meios de efetivá-lo, representa uma vitória considerável do ator renovador. (ROCHA APUD FAVERO, 2001, p.125).

Vislumbra-se aqui uma atenção aos aspectos sociais, quando o documento determina que “parte dos mesmos fundos se aplicará em auxílios a alunos necessitados, mediante fornecimento gratuito de material escolar, bolsas de estudos, assistência alimentar, dentária e médica, e para vilegiaturas” (artigo 157), e que o “ensino primário integral e gratuito é de freqüência obrigatória, extensivo aos adultos” (artigo 150). Até então não havia, nas Constituições, políticas que possibilitassem o adulto freqüentar a escola. Apesar de nem sempre a prática obedecer ao que determina a lei, existe um reconhecimento de que é preciso uma atenção especial aos mais necessitados.

A partir de 1937, com a Constituição dos Estados Unidos do Brasil³, o ensino primário continua sendo gratuito, como na Constituição anterior, no entanto passou a ser obrigatório (artigo 130), deixando porém essa obrigatoriedade sob a responsabilidade dos pais, quando afirma “a educação integral da prole é o primeiro dever e o direito dos pais” (artigo 125). O Estado se exime de sua responsabilidade, ficando na condição de colaborador, numa área confortável, e fazendo o papel de “bom moço”. No texto final: “o Estado não será estranho a este dever, colaborando, de maneira principal ou subsidiária, para facilitar a sua execução ou suprir as deficiências e lacunas da educação particular” (artigo 125), ficou muito vago como se daria esta colaboração, de que forma supriria as deficiências da educação particular e por que não no setor público.

Na Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946⁴, à destinação de verbas para a educação mantiveram-se os mesmos percentuais da Constituição de 1934, artigo 169, ou seja: “anualmente a União aplicará nunca menos de dez por

³ Ver a Constituição de 1937, Fávero 2004, p.308.

⁴ Ver a Constituição de 1946, Fávero 2001, p. 311.

cento, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nunca menos de vinte por cento da renda resultante dos impostos na manutenção e desenvolvimento do ensino”.

Na Constituição do Brasil promulgada em 1967⁵, poucas modificações foram feitas em relação à Constituição anterior. Podem-se destacar alguns pontos: primeiro, a gratuidade do ensino oficial, que antes era direcionado apenas ao ensino primário, foi estendida ao ensino secundário, representando avanço gradativo; a gratuidade do ensino superior ficou vinculada à capacidade financeira e intelectual do aluno; foi permitido ao Estado remunerar os professores de religião.

Quanto ao repasse de verbas para a educação, esta Constituição ignorou-o completamente, retirando o artigo que estipulava os percentuais a serem aplicados na educação pela União, pelos Estados e pelos Municípios. Chama-se a atenção para o fato de que a partir desta Constituição o ensino, além de tornar-se livre para a iniciativa privada, passou também a contar com o apoio financeiro do governo, conforme o artigo 168, que diz: “Respeitadas as disposições legais, o ensino é livre à iniciativa particular, a qual merecerá o amparo técnico e financeiro dos poderes públicos, inclusive bolsas de estudo”.

Só a partir da Emenda Constitucional de 1969 é que a educação recebeu a formulação “direito de todos e dever do Estado” (FAVERO, 2001, p.5), passando então o Estado a assumir a obrigatoriedade do ensino.

1.1.2 Ganhos na educação com a Constituição de 1988

A Constituição Federal de 1988 foi elaborada sobre forte pressão da sociedade civil, que se organizou através de diversos grupos que representavam os mais diferentes segmentos da população e estiveram presentes, fazendo valer suas reivindicações e intervindo para que fossem aprovadas leis que representassem os interesses de cada segmento.

⁵ Ver a Constituição de 1967, Fávero 2001, p. 312.

Significou uma contribuição histórica no processo de construção da cidadania, mostrando o poder que a sociedade, quando devidamente organizada, pode exercer, influenciando nas decisões mais importantes do Congresso, através de lutas para fazer valer os direitos, os quais só foram conquistados e garantidos por lei mediante mobilização popular.

Esta Constituição representou um grande avanço tanto na área da educação como na área da saúde, tendo em vista que muitas reivindicações da população foram consideradas, representando assim parte dos anseios da sociedade. Tavares (2003) elenca dez pontos que representam ganhos nas negociações em relação à educação, tais como:

1 – a questão dos percentuais dos recursos públicos destinados à educação, conseguindo-se manter 18% da União e 25% dos estados e municípios; 2 – vinculação de recursos para a área de educação; 3 – o salário-educação como fonte adicional de recursos a serem aplicados apenas no ensino público gratuito fundamental; 4 – os princípios de democratização do acesso e permanência na escola e gestão democrática do ensino com participação de docentes, alunos, funcionários e representantes da comunidade; 5 – gratuidade do ensino público e não apenas do ensino público gratuito; 6 – previsão de carreiras para o magistério e de ingresso por concurso, em termos absolutamente universais, com aposentadoria especial para todos os níveis de ensino; 7 – acesso ao ensino obrigatório e gratuito como direito público subjetivo, importando responsabilidade das autoridades pelo não oferecimento do mesmo; 8 – livre iniciativa do ensino privado, desde que atendidas algumas condições gerais para o seu funcionamento; 9 – criação do sistema municipal de ensino responsável, prioritariamente, pelo ensino fundamental e pré-escolar, sem prejuízo da oferta que garanta o prosseguimento dos alunos; 10 – autonomia da gestão financeira e patrimonial da Universidade, ou seja, capacidade de *gerir* recursos e não de *gerar* os mesmos, o que poderia significar a retirada da responsabilidade da União ou do Poder Público sobre o ensino superior (TAVARES, 2003, p. 30).

Embora esses percentuais representem um grande avanço, sem dúvida estes índices estão longe do ideal necessário para absorver o grande número de alunos que estão fora da sala de aula e o alto número de analfabetos existente em nosso país, especialmente no Nordeste. Os pontos positivos significam que a luta continua, que é necessário que a sociedade continue organizada e pressionando as autoridades governamentais para que os recursos garantidos pela Constituição para a educação sejam aplicados de forma correta e que estes investimentos sejam aplicados com lisura e com competência, evitando-se que sejam desviados para outros fins.

De acordo com Tavares (2003, p.47), “o princípio da gestão democrática é inédito na história da educação brasileira”, representando uma grande conquista, que só foi possível devido à mobilização dos referidos grupos sociais. A partir da promulgação dessa Constituição, a escola pública passa a ter a participação de toda a comunidade, tornando-a mais democrática, possibilitando que prevaleça o desejo da maioria da população. Este princípio extrapola o nível administrativo e envolve a comunidade em todo o seu processo de atuação, a partir do acesso e permanência na escola, abrindo um espaço de luta em que os movimentos sociais podem e devem reivindicar o cumprimento da Constituição Federal em relação à garantia do acesso e da gratuidade para todos, e responsabilizando as autoridades governamentais quando o que está estabelecido na Lei Maior do nosso país não for cumprido.

A imposição de concurso público para o ingresso na carreira do magistério representa um ganho para todos, pois moraliza e acaba com o nepotismo, permitindo que todos tenham as mesmas oportunidades de acesso a uma vaga e proporcionando uma melhora na qualidade do ensino, já que no concurso público são classificados, pelo menos teoricamente, os mais preparados. Geralmente o concurso avalia o conteúdo teórico, enquanto a didática e a metodologia aplicadas por cada professor nem sempre são avaliadas, competências essas indispensáveis para: obter um bom resultado em sala de aula; proporcionar um bom aprendizado; obter um bom desenvolvimento sociointelectual e estimular o aluno a permanecer na escola. No entanto, essas competências podem ser adquiridas através da experiência e de capacitações que podem ser oferecidas pela formação continuada.

Talvez o maior ganho obtido na Constituição de 1988, em relação à educação, seja a garantia do acesso ao ensino público e gratuito para todas as idades, desde o nascimento até a idade adulta. É preciso que a população em geral tenha conhecimento e consciência desse direito, e que através de movimentos organizados exija que as autoridades cumpram o que a lei determina.

O balanço final foi positivo, podendo-se destacar algumas conquistas significativas, como: o compromisso da educação com a cidadania; a igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola; a garantia da gestão democrática do ensino público e a gratuidade do ensino público em todos os níveis (TAVARES, 2003, p 31).

Pode-se dizer que a Constituição de 1988 contribuiu grandemente para o exercício da cidadania, através de mecanismos legais que possibilitam os sujeitos sociais ter acesso à educação; fortalecendo os movimentos sociais, possibilitando-lhes que lutem pelos direitos individuais e coletivos, fazendo uso de instrumentos judiciais, quando necessário, para fazer valer tais direitos.

Nas últimas décadas do século XX aconteceram mudanças significativas nas políticas públicas. Vários fatores contribuíram para a maior visibilidade dessa área em países como o Brasil. De acordo com Souza (p. 65, 2007), um fator importante foi a adoção de políticas restritivas de gastos, condicionando os gastos públicos ao cumprimento do ajuste fiscal e do equilíbrio orçamentário entre receita e despesa. Outro fator é que na maioria dos países em desenvolvimento ainda não se conseguiu formar coalizões políticas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social de grande parte de sua população.

Para Melo (2004, p.80), nesse período o processo de mundialização do capital se fortaleceu. Houve uma nova divisão internacional do trabalho, os países devedores foram obrigados a se submeter às políticas de ajustes econômicos e reformas estruturais e institucionais, para evitar uma exclusão mais rápida do sistema. O neoliberalismo se tornou base ideológica do projeto social dos setores mais conservadores do capitalismo mundial. Ainda de acordo com essa autora, “o projeto neoliberal se implanta e se consolida no Brasil desde 1989, com a eleição do Projeto de Reconstrução Nacional, representado pelo candidato F.C. de Mello.” (MELO, 2004, p.141).

A meritocracia perpassa todas as reformas políticas nesta área: desde a montagem de currículos, tanto para a educação básica quanto para a formação permanente, passando pela decisão de cada um em seguir adiante nos estudos ou tentar trabalhar antes de terminar sua formação básica, secundária ou superior até os sistemas de avaliação propostos, que valorizam o desempenho individual nos vários níveis de ensino (MELO, 2004, p.146).

A forma como o sistema coloca a responsabilidade em cada um por sua própria formação, “transferindo para cada indivíduo a responsabilidade de aquisição de suas competências e habilidades, ou de suas necessidades básicas de aprendizagem para sua formação profissional para o mercado de trabalho” (MELO, 2004, p.146), além de criar uma nova forma de escravização para o trabalhador, é

também uma forma de exclusão. É um paradoxo, pois uma parte da classe trabalhadora tem de se virar, literalmente, para cuidar de sua formação profissional, para tentar manter sua empregabilidade, com uma vida corrida, em detrimento de uma vida mais tranqüila e mais saudável; a outra parte, que é a maioria, não tem a menor possibilidade de arcar com sua formação, ficando sempre excluída do mercado de trabalho e de melhores condições de vida, vivendo com menos de um salário mínimo, como visto anteriormente.

Em contrapartida, a crise do capitalismo em nível mundial, em especial do pensamento neoliberal, revela, cada vez mais, as contradições e limites da estrutura dominante. A estratégia liberal continua a mesma: colocar a educação como prioridade, apresentando-a como alternativa de “ascensão social” e de “democratização das oportunidades”. Por outro lado, a escola continua sendo um espaço com grande potencial de reflexão crítica da realidade, com incidência sobre a cultura das pessoas. O ato educativo contribui na acumulação subjetiva de forças contrárias à dominação, apesar da exclusão social, característica do descaso com as políticas públicas na maioria dos governos (ANDRIOLI, 2008)

Para Andrioli (2008), “a educação é um espaço social de disputa da hegemonia; é uma prática social construída a partir das relações sociais que vão sendo estabelecidas; é uma contra-ideologia”. Nesta perspectiva, o professor/educador tem um papel decisivo, uma vez que é formador de opiniões, e, se aliado às lutas dos trabalhadores, poderá contribuir grandemente na construção coletiva de uma sociedade mais justa e menos excludente.

Gramsci afirma que o povo sente, mas nem sempre compreende e sabe; o intelectual sabe, mas nem sempre compreende e muito menos sente. Por isso, o trabalho intelectual é similar a um cimento, a partir do qual as pessoas se unem em grupos e constroem alternativas de mudança. Mas isso não é nada fácil: assumir a condição de intelectuais orgânicos dos trabalhadores significa lutar contra o contexto dominante que se apresenta e visualizar perspectivas de superação coletiva sem exclusão. Entender bem a realidade parece ser o primeiro passo no desafio da construção de uma nova perspectiva social. Que realidade é essa que se apresenta para a educação? (ANDRIOLI, 2008).

A tarefa de educar, nos tempos atuais, implica conseguir pensar e agir além das nossas fronteiras, pensando alternativas para a transformação desta sociedade numa sociedade menos desigual. Os desafios são enormes, as respostas dependem de vários fatores; com a elaboração e implementação de políticas públicas e sociais voltadas para as necessidades das classes subalternas, espera-se contribuir fortemente para que haja mudanças estruturais tanto na educação como na saúde, oferecendo-se serviços de qualidade à população.

1.2 A saúde no Brasil

1.2.1 Notas sobre a história da saúde no Brasil

Assim como a educação, a saúde também tem sido alvo de questionamentos e de estudos em busca de melhores serviços. A história da saúde pública no Brasil está intrinsecamente ligada à história social, política e cultural da humanidade, uma vez que perpassa todas as esferas da existência, como fala Luz:

Em relação aos humanos, o estado de 'saúde', romano ou grego, implicaria um conjunto de práticas e hábitos harmoniosos abrangendo todas as esferas da existência: o comer, o beber, o vestir, os hábitos sexuais e morais, políticos e religiosos. Implicaria virtudes específicas ligadas a todas essas esferas, e também em vícios, que poderiam degradar o estado de harmonia, ensejando o adoecimento e, no limite, a morte (LUZ, 2006).

Durante o período colonial não havia uma preocupação com a organização do espaço social, nem com o combate à doença, tanto por não haver conhecimentos suficientes na área da saúde para combater as doenças da época, como também por não haver interesse por parte dos governantes em investir em estudos e pesquisas que combatessem essas doenças.

A administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social, visando um ataque planejado e continuado às causas de doença, agindo, por isso, de modo muito mais negativo que positivo, no que diz respeito à saúde (MACHADO et al., 1978).

De acordo com Nunes (2007), foi criada em 1808, na Bahia, a primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia; em 1809, no Rio de Janeiro, foi criada a Cátedra de Anatomia no Hospital Militar, seguida pela medicina operatória. Essas duas Escolas Médicas foram as primeiras estatais do país. Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, "que lutará, de diversas maneiras, para impor-se como guardião da saúde pública" (MACHADO et al., 1978), dando início a uma luta em defesa da medicina social e das ciências médicas no Brasil.

O período de 1868 a 1888, que antecedeu a Proclamação da República, foi marcado com o início do capitalismo no Brasil, com o surgimento da lavoura do café. Nessa mesma época acontece a libertação dos escravos e a força de trabalho destes é substituída pelos imigrantes europeus. Esse momento de transição e crise fez surgir diversas propostas: “Os médicos, reunidos em associações corporativas, desenvolvem modelos de cura da sociedade. Advogados propõem novas relações jurídicas e de poder. Militares contestam o poder e o sistema hierárquico, etc.” (MORAES APUD NUNES, 2007), resultando em uma nova estrutura de poder diferente da até então vigente - a República, que foi resultado de grandes lutas travadas pelos mais diversos segmentos da sociedade.

Alguns cientistas foram pioneiros na descoberta da cura e no tratamento de doenças existentes no início do século XX, como Oswaldo Cruz, Bleyer, Adolpho Lutz e Carlos Chagas. O cientista e sanitarista Oswaldo Cruz, um dos maiores expoentes da saúde no Brasil, iniciou em 1900 o combate às endemias e as epidemias e desenvolveu um trabalho voltado para a pesquisa e para experimentação. Quando foi encarregado pelo Instituto de Higiene de organizar o combate ao surto da peste bubônica, em Santos e outras cidades portuárias, diante da dificuldade de exportar o soro, ele propôs ao governo a fabricação do soro no Brasil (LUZ, 2007).

Em 1903 o governo, com a intenção de acabar com as doenças que assolavam o país, nomeou-o diretor-geral da Saúde Pública. Oswaldo Cruz assumiu a liderança da equipe sanitária, instituiu a vacina obrigatória, o isolamento dos doentes e as brigadas de “mata-mosquito”, que eram guardas sanitários que percorriam as residências eliminando focos do mosquito transmissor da doença, um trabalho similar ao das equipes que hoje combatem a dengue. Em sua gestão ele conseguiu erradicar a febre amarela, a peste bubônica e a varíola (LUZ, 2007).

Quando se iniciava a reforma da saúde pública e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1919, sob a liderança de Chagas. Bleyer, que chegou ao Brasil em 1892, destacando-se como defensor da higiene pública no Estado com publicação de diversos trabalhos sobre medicina, zoologia, etnografia e arqueologia em revistas científicas européias, elaborou o regulamento sanitário que

regeria as ações da Inspetoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro (COSTA, 2007).

Adolpho Lutz desenvolveu pesquisas importantes, engajadas nos domínios da bacteriologia, epidemiologia e zoologia médica, especialmente entomologia e parasitologia. Muito experiente e versátil integrante de um pequeno grupo de médicos que, na virada do século XIX para o XX, estiveram no centro de candentes controvérsias. Em 1908, Adolpho Lutz ingressou no Instituto Oswaldo Cruz (IOC), onde conseguiu realizar a aspiração de se dedicar por inteiro à pesquisa, até quando veio a falecer em outubro de 1940, poucas semanas antes de completar oitenta e cinco anos (BENCHIMOL, 2007).

Começaram neste período as primeiras investigações sobre vermes, que alargavam o repertório de patologias estudadas pela Escola Tropicalista Baiana, abrindo caminho, inclusive, para o estudo das doenças de animais no Brasil. Em 1885, Lutz publicou estudo decisivo sobre a ancilostomíase, examinando o helminto e a doença que ocasionava sob os aspectos histórico e geográfico, morfológico, biológico, clínico, terapêutico e profilático (BENCHIMOL, 2007).

Em 18 de março de 1893, Adolpho Lutz foi nomeado subdiretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo, uma das repartições do Serviço Sanitário instituído em julho do ano anterior, cargo que exerceu por 15 anos, até transferir-se para o IOC, em novembro de 1908. Os surtos de cólera, febre tifóide, disenterias, febre amarela e outras doenças revelam a importância que a bacteriologia adquiria na saúde pública (BENCHIMOL, 2007).

Em 1918 o Brasil foi assolado pela gripe espanhola, uma violenta epidemia. Nessa época, Carlos Chagas assumiu a organização de um serviço especial de criação de postos de atendimento à população. Para enfrentar esta grave crise ele providenciou a instalação de cinco hospitais emergenciais e de vinte e sete postos de consulta em diferentes pontos da cidade, solicitou a ajuda de outros médicos,

conseguindo a adesão de muitos clínicos cariocas e de vários membros da Academia Nacional de Medicina⁶.

Neste período houve uma campanha de higienização, promovida por intelectuais e médicos higienistas, revelando os problemas de saúde pública e o despreparo do governo para enfrentar tamanha crise. O então Presidente da República Epitácio Pessoa, visando combater o caos estabelecido, nomeia Carlos Chagas para assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública⁷.

Em 1920, Carlos Chagas assumiu a direção do recém-criado órgão: Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja principal meta era o combate às endemias rurais, principalmente a malária, a ancilostomose e a tripanossomíase americana. Para atingir este objetivo foram estabelecidas parcerias com os Estados e com os Municípios. Em sua gestão no DNSP, Carlos Chagas adotou medidas destinadas à formação de quadros profissionais especializados na área da saúde pública. Em 1922, com o apoio da Fundação Rockefeller, cria o Serviço de Enfermagem Sanitária, dirigido pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, que deu origem, em 1923, à Escola de Enfermagem Anna Nery, introduzindo o ensino da enfermagem no Brasil⁸.

Chagas criou o Hospital São Francisco de Assis para servir de modelo à modernização dos serviços hospitalares do país. E, em 1925, criou no Rio de Janeiro o primeiro curso de higiene e saúde pública do Brasil, que garantiu aos aprovados a nomeação para cargos nos serviços sanitários federais. Sua atuação como diretor da saúde pública teve destaque internacional; participou como representante brasileiro nas reuniões anuais do Comitê de Higiene da Liga das Nações, associação que, sediada em Genebra, daria origem à atual Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹.

Chagas permanece à frente do DNSP até novembro de 1926 e, ao longo de sua gestão, as atividades do órgão asseguraram a efetiva expansão do papel do Estado na área da saúde pública. Grande parte da estrutura desse órgão foi

⁶ Dados disponível na Biblioteca Virtual Carlos Chagas, site <http://www4.prossiga.br/chagas/traj/index-subhtml>, acessado em 10/02/2007.

⁷ Idem

⁸ Idem

⁹ Idem

transferida ao Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, criado pelo novo regime político instaurado com a Revolução de 1930¹⁰.

Percebe-se que historicamente a saúde pública no Brasil, mesmo contando com o empenho de médicos dedicados que foram pioneiros no combate a muitas doenças, como os que foram citados e tantos outros que surgiram no decorrer do século XX, não conseguiram superar todas as epidemias que ainda hoje assolam nossas terras, como a dengue, a febre amarela e tantas outras doenças que assombram a vida dos brasileiros.

O Congresso Nacional dos Práticos, que aconteceu no Rio de Janeiro no ano de 1922, foi muito importante para a reordenação do trabalho médico, tendo contribuído também com as políticas públicas de saúde no Brasil. Neste fórum foram elaborados 63 relatórios, tratando dos mais variados assuntos, os quais foram publicados pela Imprensa Nacional. Entre os assuntos abordados, tratou-se especialmente da questão da profissão médica, que segundo alguns autores, passava por uma crise, vejamos:

Reunindo boa parte da elite médica, o "Congresso Nacional dos Práticos" (1922) nos parece ser uma fonte apropriada para a compreensão mais precisa do debate que estava sendo travado, no seio da categoria médica, a respeito das alterações que sua base cognitiva a que seu mercado de trabalho estava sofrendo com a iminente entrada do Estado na gestão dos serviços de assistência médica. A profissão médica passava, então, por um processo de reestruturação. Uma das estratégias encetadas por parte da elite profissional, resistente à ação das coletividades, manifestou-se com a criação do "Sindicato Médico Brasileiro", cinco anos mais tarde (PEREIRA-NETO, 2007).

Este Congresso foi palco para a discussão de algumas das principais polêmicas e tendências que dividiam a profissão médica no início do século XX. Em 1923 foi criada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Higiene e, em 1927, o Sindicato Médico do Rio de Janeiro. A classe médica e o Estado não pareciam ter os mesmos interesses sociais no combate às epidemias (PEREIRA-NETO, 2007).

O médico, respaldado no domínio exercido sobre o campo do conhecimento científico e acadêmico, se colocava em uma posição hierarquicamente superior em relação aos outros agentes que não haviam freqüentado uma faculdade, os quais eram tratados como charlatães. Esses agentes eram pessoas que desenvolviam

¹⁰ Idem

habilidades na arte de curar através de ervas e plantas e, posteriormente, os farmacêuticos. Amparados no domínio da ciência oficial, alguns médicos se propuseram a combater os charlatões, sob a alegação de defender o cliente, os quais eram tratados como ignorantes e, portanto, não deveriam ser bem informados a respeito de seu tratamento.

Alguns oradores partiam do princípio de que, diante da ignorância do cliente e dos métodos "curandeiros", só haveria uma alternativa: defender seu paciente atacando o "charlatão" rival. O paciente era visto como alguém que deveria se submeter, sem contestar, às determinações do médico. A perspectiva era convencer que só o médico credenciado oficialmente teria condições de solucionar satisfatoriamente os problemas de saúde e doença do cidadão (PEREIRA-NETO, 2007).

As mudanças nas políticas de saúde pública, assim como na área médica, começaram a acontecer de forma significativa no início do século XX; até então os atendimentos eram muito informais, ficando sempre a critério de cada profissional.

Essa postura de alguns médicos se sentirem superiores a outras áreas do conhecimento, especialmente à área da enfermagem, ainda prevalece em alguns profissionais. O corporativismo da categoria é muito forte, entretanto é preciso mudar esse conceito; os novos tempos requerem um trabalho cooperado, que seja feito com alianças profissionais, especialmente com aqueles que histórica e tradicionalmente foram negligenciados no processo: os enfermeiros. A saúde não é feita somente por médicos. Este é um pensamento anacrônico e precisa ser banido da mentalidade médica. Médicos e enfermeiros precisam estabelecer relações para além do processo de trabalho. Esta é uma nova parceria necessária e fundamental para melhorar as condições de saúde no Brasil.

Embora seja preciso reconhecer a grande contribuição desta classe nas políticas de saúde, é notório destacar também a importância das demais classes, principalmente da enfermagem, que tanto tem contribuído com a saúde em nosso país, e que ao longo da história tem sentido mais de perto o peso dessa discriminação.

Na década de 30, Getúlio Vargas direcionou a política para o desenvolvimento industrial, mesmo mantendo a exportação agrícola; o poder passa das mãos dos latifundiários para os setores industrializados. Começando uma nova

fase na economia brasileira, a classe dominante se uniu em defesa de seus interesses, deixando excluída a classe trabalhadora, a qual começou a se mobilizar através de movimentos operários e de greves, conseguindo alguns benefícios como a implementação da previdência social para os ferroviários, o seguro para os marítimos, estivadores, bancários, industriários, através dos institutos de previdência social. Segundo Faleiros (2000), “tais benefícios eram concedidos por categorias visando o controle social dessas classes”. A maioria da população, não tendo condições salariais nem representações fortes, continuava sem esses benefícios.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública e em 1953 este Ministério foi desmembrado, sendo criado o Ministério da Saúde, sem grandes avanços nas políticas públicas de saúde. Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), que incorporou os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste.

Depois de muito debate entre a classe política e a classe trabalhadora, foi aprovada, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que trouxe alguns benefícios e serviços sociais para algumas categorias, deixando de contemplar outras categorias, como trabalhadores rurais e empregados domésticos (FALEIROS, 2000, p. 46).

A partir da junção dos institutos de previdência num único órgão foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Este novo órgão, diante de um grande número de contribuintes, não tinha condições de atender à grande demanda; para tanto fez convênios com hospitais particulares e com os empresários, para que os trabalhadores fossem atendidos no local de trabalho. Diante da complexidade dos serviços, tanto administrativos quanto financeiros, houve a necessidade de uma nova reestruturação, sendo então criado, na década de 70, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (FALEIROS, 2000, p. 47).

Existem muitos estudos e pesquisas sobre a história da saúde pública no Brasil, porém foi a partir da década de 1970 que essas pesquisas se intensificaram, juntamente com o Movimento Sanitário, que surgiu em meio a um cenário de contradições e crises, propondo a ocupação dos espaços institucionais e a

formulação/implementação ativa de políticas de saúde ante a crise previdenciária do Estado (BRASIL, 2006, p.41).

Com a mobilização de vários grupos que passaram a atuar não só politicamente, mas também tecnicamente, procurando aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária existente no Brasil nas últimas décadas do século XX, nasceu o Movimento Sanitário, que a partir de muitas iniciativas foi redirecionando as políticas de saúde, canalizando o debate político-ideológico sobre essas políticas, com uma proposta inédita quanto à temática da participação, inserido numa proposta de democratização da sociedade, incorporando as teses da descentralização, hierarquização e regionalização, com ênfase nos serviços de saúde (BRASIL, 2006, p.39).

Tornou-se o - Movimento Sanitário - uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade, deixando de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema, passando ao reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, e adquirindo, em conseqüência, dimensão e perspectiva mais abrangentes (BRASIL, 2006, p.41).

No final da década de 70, período de grande mobilização política contra a ditadura, a saúde teve um papel muito importante. O Movimento da Reforma Sanitária congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda nesta luta contra a ditadura e em favor da “mudança do modelo médico-assistencial privatista para um sistema Nacional de Saúde Universal, público participativo, descentralizado e de qualidade” (CORREIA, 2005a, p. 25). A criação do Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS, em 1987, foi considerada uma grande vitória do Movimento Sanitário, uma vez que

dava seqüência à tendência descentralizadora para a gestão das políticas públicas de saúde, já posta desde o início da década e, então, com possibilidade de viabilizar-se, em decorrência dos resultados eleitorais de 1986 para os executivos estaduais. O SUDS reafirmava, mais uma vez, o princípio da participação, tornada obrigatória nas comissões interinstitucionais, com a recomendação de que fossem criados conselhos de saúde, cuja composição e atribuição, no entanto, não eram estipuladas (BRASIL, 2006, p.51).

Os Conselhos Gestores são representantes legítimos da população, que devidamente articulados podem influenciar o rumo da política de saúde pública, promovendo o diálogo entre a Sociedade e o Estado e propondo mudanças. De acordo com Correia (2005a, p.71), foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o Sistema Único de Saúde foi legitimado a nível nacional, como resultado de uma luta do Movimento da Reforma Sanitária, que conseguiu mobilizar vários setores organizados da sociedade civil.

Em 1988, articulou-se o Movimento da Reforma Sanitária. Os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares fazem pressões na Assembléia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a conquista do SUS. Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a Saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, a universalização do atendimento, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação (CORREIA, 2005, p 71).

Com as conquistas obtidas no campo das políticas sociais, nasce um novo conceito para o controle social, significando a “atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas” (CORREIA, 2005a, p. 67). Neste espaço se inserem os Conselhos gestores,

considerados como resultado do processo de democratização da sociedade brasileira. O qual foi concebido como espaço institucional de controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, à medida que setores organizados na sociedade civil representados em sua composição e esses têm legalmente caráter deliberativo sobre a política de saúde e sobre seus recursos (CORREIA, 2005a, p 68).

De acordo com Faleiros (BRASIL, 2006, p. 35), o controle social participativo constitui fenômeno recente no processo histórico brasileiro. Os anos 80 foram palco de sua institucionalização, dando início à participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas.

A partir da Constituição Federal de 1988, o papel do governo federal passou a ser de coordenador das políticas sociais e não mais de execução, passando o sistema de saúde a configurar o Sistema Único de Saúde. Mesmo tendo sido criado com a Constituição Federal de 1988, o SUS só foi regulamentado em 1990, através

da lei nº 8.080, que estabeleceu sua organização, forma de funcionamento, objetivos, atribuições e princípios doutrinários. E com a lei nº 8.142/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”

e garante o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas: I – a conferência de saúde e II – o conselho de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, podendo, ainda, ser convocadas conforme as necessidades. Os conselhos de saúde são organizados em cada esfera de governo e a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Além disso, a lei estabelece diretrizes para os fundos de saúde (BRASIL, 2006, p.112).

Segundo Correia (2005, p. 171), a legalidade da participação e da descentralização das políticas públicas foi resultado de lutas de setores progressistas pela redemocratização do país desde o final da década de 70. Nesse processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais.

Porém, de acordo com Faleiros,

à medida que o Congresso incorporava direitos e defendia o conceito de cidadania, na prática, o governo Sarney promovia o desmonte das políticas sociais federais, reduzindo os programas de habitação, sucateando a saúde, controlando as verbas da educação e distribuindo cargos para se manter no poder por cinco e não por quatro anos, como estava previsto quando assumiu o poder (FALEIROS, 2000, p. 49).

1.2.2 Mudanças na saúde a partir da criação do SUS

A partir do governo de Collor, em 1989, a presença do Estado na condução das políticas sociais foi diminuindo à medida que o modelo liberal ia se fortalecendo e o país foi aos poucos submetendo-se as condições internacionais, rumo à globalização. Este governo trouxe uma proposta de privatização, de corte dos gastos públicos, de desmonte do Estado, representando uma mudança de rumo no papel do Estado, comprometendo o processo participativo, que havia se institucionalizado

com a Constituição Federal de 1988, onde o movimento sanitário inscreveu um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária, foram vetados por Collor (BRASIL, 2006, p.112).

Esse veto mobilizou os movimentos sociais, levando o Movimento Sanitário a pressionar o Poder Legislativo para que este votasse uma nova lei que contemplasse a participação popular nas decisões referentes à saúde. Foi então criada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que recuperou parcialmente alguns ganhos vetados na lei anterior. Esta lei “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”, garantindo o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas, que são: a conferência de saúde e o conselho de saúde (BRASIL, 2006, p.112).

Collor mudou ainda o padrão monetário de cruzados novos para cruzeiros, confiscou a poupança, provocando crises nas finanças da grande maioria dos brasileiros, inclusive pequenos poupadores, que não puderam movimentar suas contas, saldar suas dívidas. Teve o apoio dos bancos credores, do Fundo Monetário Internacional e do governo dos Estados Unidos, porém não teve o apoio de todos os empresários brasileiros, pois estes temiam o aperto de liquidez, a recessão e o desabastecimento. Esse plano de Collor fracassou com a volta da inflação em 1991. O governo criou então um novo plano, Plano Collor II, com novo congelamento de preços e desindexação da economia. Este plano também não deu certo, trazendo recessão e desemprego (BRASIL, 2006, p.114).

Para resolver o problema da saúde, Collor prometeu elevar os gastos nacionais com saúde em 10% (dez por cento), mas, na prática, não obteve o resultado esperado. A participação das despesas de saúde nos gastos federais, segundo dados do Ministério da Saúde, caiu de uma média anual por habitante de US\$ 63,46, no governo Sarney, para US\$ 54,70, no governo Collor, subindo pouco no governo Itamar, para US\$ 55,75. Na era Collor, constatou-se o atraso no pagamento dos hospitais em convênio com o SUS e adiou-se a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1991, apesar das pressões dos municípios e

estados e do Conselho Nacional de Saúde para que se fosse realizada a conferência (BRASIL, 2006, p.115).

Com a Lei nº 8.080/90, ficou definido que o SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (art. 4). No campo de atuação do SUS, estão ainda incluídas as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 2006, p.116).

A implantação do SUS foi polêmica, ressuscitando antigos conflitos federativos, entre os estados e o governo federal, pelo repasse de verbas e transferência de patrimônio e pessoal, conflitos com os servidores, resistência por parte do funcionalismo em ser transferido para estados e municípios, com muitas negociações para obtenção de verbas (BRASIL, 2006, p.119). Em meio à disputa por verbas está o usuário em longas filas, sofrendo com a falta de estrutura, falta de material, falta de medicação, sendo atendido, muitas vezes, por profissionais desmotivados. Como aconteceu com o hospital em estudo, registrado na fala da entrevistada nº 3:

o que eu percebia mais era sucateamento, uma estrutura péssima, anti-higiênica, porque as paredes eram antigas, tinha muito mofo nas paredes a presença de vetores era constante: baratas, escorpiões, por mais que se fizesse detetização, mas o hospital era montado em cima de uma estrutura antiga, onde canos de esgotos passavam por debaixo do hospital, era muito difícil. Você matava um monte de bicho hoje, amanhã tava um monte de bicho de novo, então o profissional se sente assim: desestimulado, desinteressado [...] a gente via que era difícil porque a gente dizia que todas as enfermarias tinham que ter lixeira com pedal e com saco plástico, aí as lixeiras com pedal quebravam e não tinha dinheiro pra repor, tinha dias que tinha sacos plásticos, tinha dia que não tinha.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no final do governo Collor, em agosto de 1992, foi de grande importância na definição de políticas e consolidação do SUS. Essa conferência, que contou com a participação de representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros, de 3.000 delegados e 1.500 observadores, veio aprofundar as diretrizes da conferência anterior, que aconteceu em 1986, reforçou o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS. Foi fundamental tanto para articular as estratégias de ação como para mobilizar os atores envolvidos e a sociedade (BRASIL, 2006, p.121).

Itamar Franco ao assumir a presidência, em substituição a Collor, com o ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, criou o Plano Real, começando o controle da inflação e a estabilização da moeda brasileira, o que levou o então ministro à presidência da República nas eleições seguintes.

O governo Itamar Franco encaminhou algumas medidas referentes à seguridade social, tais como: a implantação do Conselho Nacional de Seguridade Social e a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social, anteriormente vetada por Collor. Enfrentou muitas greves nos setores de saúde em nível estadual e municipal e uma grave crise financeira no setor de saúde, agravada com o corte do repasse de recursos da previdência social para a saúde (BRASIL, 2006, p.121).

Ainda no governo Itamar, que trocou várias vezes o ministro da Saúde, sem conseguir impedir o desgaste do setor pela falta de verbas, o ministro Henrique Santillo propõe o programa Saúde da Família e estimula a municipalização da saúde, assinalando que 1.400 municípios já têm condições de gerenciamento local, sugerindo a transferência de recursos diretamente aos municípios, conforme as orientações do Conselho Nacional de Saúde. A Câmara dos Deputados aprova esse projeto em 2003, abrindo espaço para a municipalização do sistema de saúde (BRASIL, 2006, p.126).

1.3 A influência dos movimentos sociais na construção da cidadania

A partir da década de 80, pode-se observar o crescimento dos movimentos sociais e a participação desses movimentos na construção da cidadania, tanto no que diz respeito à educação como na saúde. A partir das conquistas destes movimentos vislumbra-se a esperança de um dia ver, se não inteiramente, pelo menos minimizado o sofrimento causado pelas desigualdades sociais impostas pela classe dominante.

Entre os grandes avanços sociais conquistados na Constituição de 1988, pode-se destacar:

o fortalecimento do cidadão através dos direitos individuais e coletivos e de instrumentos judiciais para fazer valer tais direitos; o fortalecimento do Legislativo, pelo qual deverão passar as decisões, as políticas e providências básicas para atender aos interesses da maioria da população; o reconhecimento da sociedade civil organizada, através de seus sindicatos, associações e entidades diversas, como veículo de controle democrático dos atos do Estado; uma tendência à descentralização da administração, fortalecendo as políticas nacionais através da gestão local como seu principal agente, enquanto os estados revigoram-se no conceito de federação e a eles é atribuída à competência para definir o que ainda necessita de regulamentação (TAVARES, 2003, P.51).

Na área da educação o grande ganho é quando ela passa a ser “direito de todos”, independentemente da idade, e “dever do Estado”, abrindo espaços de lutas para que esses direitos possam ser alcançados, mesmo quando sabemos que nem sempre existem as condições básicas necessárias para o pleno desenvolvimento da cidadania.

Mesmo que a escola pública busque oferecer “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (BRASIL, 2007a), exigência legal, a prática mostra que é um processo ainda em construção; não há vagas para todos nas escolas públicas, nem creches públicas suficientes para todas as crianças de zero a seis anos, conforme determina a Constituição (art. 208, inciso IV). Nem todas as escolas públicas que oferecem estes serviços conseguem mantê-los regularmente, sempre havendo períodos em que estes serviços são suspensos, entre uma greve e outra, entre um escândalo e outro, uma denúncia e outra, uma investigação e outra. É praticamente impossível para uma criança que um dia tem alimentação outro não, um dia tem atendimento médico outro não, um dia tem aula outro não, ter o mesmo desenvolvimento que outra criança que não teve nenhum desses problemas.

Na área da saúde destaca-se como avanço a construção do SUS. Apesar das dificuldades enfrentadas pela população quando precisa de atendimento, a Constituição Federal determina no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Nas últimas décadas, têm surgido muitos movimentos sociais, os quais, através de lutas incansáveis, têm conseguido grandes avanços, mostrando assim a importância de se defender com convicção e persistência novos espaços de

participação na luta contra as injustiças e as discriminações existentes em nosso meio. No processo de elaboração da Constituinte de 1988, a intervenção de vários grupos organizados foi o divisor de águas, que obtendo conquistas de fundamental importância para a construção da cidadania.

Após o desenvolvimento industrial, houve uma mudança qualitativa na estruturação e na dinâmica das relações de poder, fazendo com que os cidadãos passassem, de forma mais efetiva, a defender seus múltiplos interesses e seus projetos de sociabilidade, interferindo, assim, mais diretamente nas decisões do Estado. De acordo com Neves:

A partir de então, inúmeros sujeitos políticos coletivos passam a construir, direta ou indiretamente, com níveis distintos de consciência política coletiva, em torno dos dois blocos antagônicos em disputa pela direção política e cultural das formações sociais em rápido processo de urbanização. Sob esse conjunto de determinações, a sociedade civil, que até então era primitiva e gelatinosa, isto é, pouco organizada politicamente, politiza-se, ou seja, os vários grupos que a compõem passam, organicamente, de forma mais efetiva, a defender seus múltiplos interesses e seus projetos de sociabilidade, interferindo, assim, mais diretamente nas decisões do Estado (NEVES, 2005, p.23).

Essa nova dimensão de cidadania inclui a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos que estão sempre se mobilizando organizadamente na busca de seus interesses, procurando demarcar seus espaços e entender esta realidade, para que possam exercer seus direitos de cidadãos, sendo aceitos e respeitados, combatendo, assim, as diversas formas de exclusão que estão postas na sociedade em que estão inseridos, embora muitas vezes de forma camuflada ou dissimulada. Para Faleiros,

a cidadania compreende o reconhecimento dos indivíduos e coletivos como sujeitos na construção da história, pela participação política, pelo exercício da autonomia e pela garantia que lhes é dada, num Estado de Direito, das condições e meios de vida tanto como direitos individuais, quanto como direitos políticos e direitos sociais, ao meio ambiente saudável e à bioética (FALEIROS, 2000, p. 43).

A educação pode ser um dos caminhos que ajudam na conquista desses espaços, uma vez que ela integra o indivíduo ao meio social e proporciona uma maior capacidade de autonomia; por isso é relevante mostrar que a educação sempre tem uma importância eminentemente social. Com a globalização, a partir dos anos 90, torna-se cada vez mais imprescindível a democratização da educação.

No entanto, esse novo contexto mundial estimula a competição entre os indivíduos, entre as organizações e entre os países. A exigência do mercado capitalista faz com que a educação sirva como instrumento diferencial de competitividade, pois através dela os sujeitos desenvolvem as competências individuais necessárias para as organizações.

A formação torna-se importante para aumentar a competitividade, a começar pela educação básica e pelo ensino fundamental, com os quais os indivíduos estarão iniciando o processo de aprendizagem intelectual, para depois ingressassem num curso superior. Quanto mais alta a graduação, maior a chance de se manter no mercado. Essa formação pode acontecer em outras instâncias fora da escola ou da universidade, como é o caso das capacitações oferecidas nas organizações. Na maioria dos hospitais, por exemplo, existe o setor de 'Educação Permanente' ou 'Educação Continuada', cujo propósito deveria ser promover o desenvolvimento profissional de acordo com as necessidades dos profissionais e da instituição, não apenas para atender a necessidades pontuais.

No decorrer da história percebe-se a importância dos movimentos sociais, uma vez que através destes são obtidas muitas conquistas nas políticas públicas e sociais. Para que essas conquistas continuem acontecendo é preciso mobilizar as pessoas, incentivando-as, conscientizando-as e mostrando que só através do envolvimento coletivo é que se podem superar as desigualdades que assolam este país.

CAPÍTULO II. A SAÚDE EM ALAGOAS

Em Alagoas, tanto a educação como a saúde se desenvolveram com muitas dificuldades. A saúde pública neste Estado sempre foi muito precária, desde que Alagoas tornou-se independente de Pernambuco, em 1817. Durante o todo século XIX e início do século XX não existiam profissionais suficientes para atender à demanda; além disso, não havia recursos financeiros nem políticas públicas de saúde que possibilitassem o acesso das classes populares ao atendimento médico-hospitalar.

De acordo com Rocha (2008), a Saúde Pública em Alagoas foi iniciada em 1892, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene Pública, na administração do Senhor Capitão Gabino Besouro, cuja direção foi entregue ao Dr. Alfredo Rego, que elaborou o primeiro regulamento sanitário do Estado. Com a criação desta Inspetoria iniciou-se um trabalho para combater as epidemias que matavam muitas pessoas, chegando a dizimar dez por cento da população de Maceió, como afirma o autor:

Muito teve que fazer o nascente serviço de saúde pública, principalmente contra a variola, que nesse tempo assolava a nossa capital. “Com a população de cerca de 40,000 habitantes - assim afirma o Dr. Rego – Maceió pagou ao terrível mal epidêmico o pesado tributo de 4,000 vidas, aproximadamente.” Como um complemento á sua obra de combate á variola, conseguiu o Dr. Rêgo que os governantes de então construíssem um hospital de isolamento, cujo croquis foi feito pelo proprio inspetor de higiene. Continuando a desempenhar as suas funções sanitárias na administração do Cel. J. Vieira Peixoto, o Dr. Rêgo conseguiu instalar, em Maceió, um desinfectorio, que foi de grande utilidade no momento. (ROCHA, 2008).

Após a gestão do Capitão Gabino Besouro, a Inspetoria Geral de Higiene Pública mudou de direção várias vezes. Alguns diretores passavam menos de um ano no cargo, provavelmente pelas dificuldades enfrentadas e também por questões políticas. Vejamos. Em 1909 assume o Dr. Sylvio Moeda, que no ano seguinte foi substituído pelo Dr. Arthur Machado; em 1911 o Dr. Hebreliano Wanderley assume por um curto período de tempo e neste mesmo ano a Inspetoria de Higiene é entregue ao Dr. Tito Augusto. No período de 1912 a 1914 assume o Dr. M. Moreira e Silva. De 1914 a 1919, a saúde pública é confiada ao Dr. Oswaldo Sarmiento, que passa o cargo para o Dr. Hebreliano Wanderley, novamente nomeado Inspetor de Higiene, que fica no cargo até 1925 (ROCHA, 2008).

De 1925 a 1930 a repartição sanitária ficou subordinada ao Serviço de Saneamento Rural, o qual foi extinto em 1930. Em 1931 assume novamente o Dr. Hebreliano Wanderley, agora com o título de Departamento de Saúde Pública; após alguns meses, passou o cargo para o Dr. Afrânio Jorge, que reformou completamente a estrutura física do departamento de saúde.

Em 1932, assume a direção o Dr. Vergilio de Uzêda, que efetivou uma moderna organização sanitária, que foi a do Centro de Saúde. Em 1935, quando o Dr. Rocha Filho assumiu, verificou que as modificações feitas antes da sua administração contribuíram para a destruição do Centro de Saúde da capital.

Ao assumir a direção, da Saúde Pública em maio de 1935, verifiquei que ella não estava correspondendo ás suas finalidades. O Centro de Saúde, pivot das modernas organizacões sanitarias, fora destruido. Do antigo Centro de Saúde restavam apenas dois ambulatorios: o de tuberculose e o de syphilis, doencas venereas, lepra e endemias ruraes. O ambulatorio de olhos, ouvidos, nariz e garganta, para exames de adultos, fôra afastado, juntamente com o gabinete dentario e o servico de hygiene infantil, para um dispensario na Levada. O servico pre-natal passou ser feito por urna instituição particular, o Instituto de Proteção á Infancia, na rus Libertadora Alagoana. A estatistica vital estava abandonada, não sabendo os funcionarios nos informar desde quando não era publicado o Boletim de Demographiu. O servico de propaganda e educacao sanitarias estava tambem de fôgomorto. O boletim mensal de saúde publica há mais de um anno que 19391 ALAGtiAS não circulava. No interior, nenhum servico de saúde publica, a não ser um arremedo de posto rural que existe em Palmeira dos Indios, com o nome de Posto Itinerante. (ROCHA, 2008).

Em 1972, em uma reunião com os ministros de Saúde das Américas, foi elaborado o Plano Decenal de Saúde, o qual recomendava "começar nesta década a instalação de mecanismos que tornem viável lograr a cobertura total da população pelos sistemas de serviços de saúde em todos os países da região". Essa recomendação deu origem ao PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e ao POLONORDESTE, programas de implantação de uma rede básica de serviços de saúde. A implantação desses programas causou apreensão aos dirigentes em nosso Estado, devido à limitação de recursos financeiros para a manutenção dos serviços (BRASIL, 2008c).

Iniciou-se a implantação da rede básica proposta pelo programa, com algumas dificuldades, principalmente na área de formação de recursos humanos. A outra grande dificuldade foi atender à exigência de construções com baixo custo. Foi necessário que o Estado tomasse algumas medidas especiais, como: contratação de pessoal e início da implantação do processo de regionalização, descentralizando

o treinamento. Foram feitos convênios com as prefeituras para que estas assumissem a execução das obras, facilitando tanto o barateamento do custo das construções, como também o envolvimento da área municipal no programa, assegurando a sua viabilidade (BRASIL, 2008c).

Como resultado dessas medidas, houve uma expansão das ações da saúde à população alagoana, constatou-se um aumento no número de unidades básicas instaladas, tanto de centros de saúde como de postos de saúde, passando de 25 (vinte e cinco) centros de saúde em 1977 para 82 (oitenta e dois) em 1979. E os postos de saúde passaram de 20 (vinte) em 1977 para 197 (cento e noventa e sete) em 1979, portanto um aumento muito significativo na área de atendimento (BRASIL, 2008c).

Apesar de o governo, com a implantação do PIASS, ter melhorado um pouco a saúde, essa medida não foi suficiente para resolver os problemas existentes. Observa-se que as políticas adotadas nem sempre têm continuidade. Escoda e Lima (2008) apontam alguns motivos para o fracasso do PIASS:

Algumas tentativas foram feitas no sentido de neutralizar os efeitos da crise no setor e redirecionar a distribuição e organização dos serviços de saúde. Surge então a proposta do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) o qual já incluía as diretrizes de hierarquização, regionalização, integração dos serviços e participação comunitária. O PIASS não consegue avançar, entre outros motivos, em decorrência de seu caráter verticalizante, do confronto entre a proposta de regionalização X persistência da centralização e do caráter meramente instrumentalizador da participação comunitária.

Na VII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília no mês de agosto de 1980, o Dr. José Bernardes Neto, então secretário de Saúde e Serviço Social do Estado de Alagoas, declarou que:

As secretarias estaduais de saúde vinham, até muito recentemente, desenvolvendo uma prática bastante distorcida dos propósitos explicitados em suas políticas. Assim que enquanto se propunham a execução de ações de alcance coletivo, suas unidades de serviços, na maioria das vezes, se restringiam ao atendimento a demanda de parcelas mínimas da população. Isto acontecia porque a escassez de recursos, agravada por sua pulverização, tornava impossível dotar as unidades de serviços de recursos compatíveis com as tarefas que lhes eram solicitadas. Na verdade uma grande parcela de recursos obtidos do Ministério da Saúde, através de convênios para a execução de programas específicos, perdia-se na sustentação de aparelhos burocráticos de controle, sobrando muito pouco para as necessidades dos serviços. (BRASIL, 2008c).

Como se pode ver, desde sua independência este Estado sofre com problemas de saúde, com falta de estrutura, falta de verbas e doenças variadas. No fim do século XIX e início do século XX eram as verminoses, sífilis, disenteria, lepra,

varíola, entre outras. Nos dias atuais, além das novas doenças que desafiam a ciência, tem-se ainda de conviver com problemas do século passado, como por exemplo, a dengue, que já deveriam ter sido extintos com programas de educação, saneamento básico e outras medidas.

Apesar das grandes dificuldades, a saúde em Alagoas também teve alguns ganhos, como a criação das universidades e dos hospitais, como será visto adiante. Para estreitar essa distância do acesso da população a um atendimento com qualidade, faz-se necessário, além de adoção de medidas políticas, que todos se mobilizem, pois os movimentos sociais são de fundamental importância nas conquistas de políticas públicas e sociais.

2.1 A Universidade Estadual das Ciências da Saúde de Alagoas

No século passado a população se valia de remédios caseiros, chás e muita reza para tratar tanto de males menores como de casos mais graves, como: febre amarela, peste bubônica, varíola, cólera, entre outras. Atualmente essa prática tem diminuído bastante, embora as pessoas do interior ainda usem esse tipo de medicação. O resultado é que tanto antes como agora o Estado tem registrado um número alto de óbitos devido à falta de assistência adequada.

Em Alagoas, até a década de 50, a maioria dos profissionais de saúde, principalmente médicos, vinham de outros Estados ou então alguns filhos da terra alagoana, com alto poder aquisitivo, saíam do Estado para estudar em outras capitais ou até em outros países. O primeiro curso de medicina em Alagoas só foi criado em maio de 1950, pela Universidade Federal de Alagoas, tendo iniciado a primeira turma em março de 1951 (ALAGOAS, 2007b). E só em 1968 foi criado o segundo curso: a Escola de Ciências Médicas de Alagoas, hoje pertencente à UNCISAL, que surgiu para atender os alunos remanescentes da UFAL (ALAGOAS, 2007c). Até então, a população tinha de se valer da fé e da experiência dos mais velhos com os remédios caseiros.

Após a Constituição Federal de 1988 e com o surgimento de muitos movimentos sociais, os governos e parlamentares passaram a dar maior atenção à saúde, com criação de leis, portarias e decretos que regulamentam a saúde pública no país. Essa mobilização tem sido fortalecida pelo grande aumento de pesquisas científicas e estudos acadêmicos realizados nas universidades, nas últimas duas décadas.

As condições de vida e de trabalho que os profissionais de saúde enfrentam atualmente demonstram a falta de atenção e a desvalorização que os trabalhadores vêm sofrendo por parte dos governantes. Com baixos salários, como forma de manter um melhor padrão de vida, assumem uma jornada de trabalho muito grande, além das péssimas condições de trabalho, refletidas na falta de material e na estrutura física inadequada, o que levam estes profissionais a um alto nível de estresse.

A Educação Permanente veio como uma forma de suprir parte das necessidades de aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde. É uma alternativa muito significativa que pode servir para o desenvolvimento das pessoas, tanto profissional como pessoal, possibilitando ao profissional desenvolver seu potencial, através de cursos e capacitações, seminários, encontros, estudo de grupo. São ações que podem contribuir sobremaneira para uma melhor qualidade na assistência à população que precisa de atendimento na saúde.

A formação de qualquer profissional da saúde não cessa com a conclusão de um curso de graduação ou mesmo de pós-graduação, nem com sua entrada no mercado de trabalho. É necessário investimento constante em conhecimento para que acompanhem tantas mudanças que ocorrem no mercado de trabalho atualmente, especialmente no que diz respeito à saúde.

As estatísticas mostram que a saúde em Alagoas está longe de ser um modelo ideal ou mesmo desejável; é preciso maior investimento em saneamento básico, nas estruturas hospitalares, assim como nos recursos humanos. De acordo com indicadores do Data SUS, em 2005 havia em Alagoas 1,14 (um vírgula catorze) médico para cada mil habitantes, enquanto a média do Nordeste era de 0,99 (zero

vírgula noventa e nove) (BRASIL, 2008b). Esse dado revela a carência de profissionais médicos não só em Alagoas, mas em todo o Nordeste.

A criação da segunda faculdade de medicina de Alagoas, a Escola de Ciências Médicas de Alagoas, foi um ganho para a sociedade alagoana, já que na época só existia a faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Essa faculdade contribuiu para a formação de novos médicos, ampliando a capacidade de atendimento no Estado, além do que, esta nova faculdade também era responsável por vários hospitais escolas, como veremos adiante, tornando-se relevante para a saúde em Alagoas.

Em 1975, a Escola de Ciências Médicas de Alagoas (ECMAL) passou a pertencer à Fundação Governador Lamemba Filho (FUNGLAF), que foi criada através da lei nº 3.508 para ser a entidade mantenedora da Escola de Ciências Médicas. Na ocasião, a FUNGLAF incorporou também, em sua estrutura, o Hospital José Carneiro, a Unidade de Emergência Armando Lages, a Casa Maternal Santa Mônica e o Centro de Hemoterapia e Hematologia de Alagoas, passando a formar o complexo docente assistencial para a educação médica em Alagoas (ALAGOAS, 2007c).

Em 13 de janeiro de 2000, o governador Ronaldo Lessa, através da Lei Estadual nº. 6.145, define as diretrizes básicas para a reforma e organização administrativa do Poder Executivo, estruturando suas Administrações Direta e Indireta. Nessa ocasião, no artigo 44, a FUNGLAF foi transformada em Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas Governador Lamemba Filho (UNCISAL), ficando esta fundação autorizada a tomar as providências necessárias para implantação do Centro Universitário, dotado de autonomia didático-científica, a ser regulamentado mediante decreto.

Dessa maneira a Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas passou a ser composta pelas faculdades de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Terapia Ocupacional, agregando à sua estrutura as unidades assistenciais: Hospital Escola Dr. José Carneiro, Hospital Escola Portugal Ramalho, Hospital Escola Dr. Hélio Auto, Maternidade Escola Santa Mônica e o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde de Alagoas, atualmente Escola Técnica de Saúde

Professora Valéria Hora (ETSAL). Em meio a essas transformações, houve o desligamento da Unidade de Emergência Armando Lages e do Centro de Hemoterapia e Hematologia de Alagoas, da UNCISAL, voltando a pertencer a Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU) (ALAGOAS, 2007c).

A maior realização para a instituição aconteceu no dia 28 de dezembro de 2005, quando a UNCISAL tornou-se universidade, através da lei nº 6.660, promulgada em 28 de dezembro de 2005. Passou então a ser chamada Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, completando o ciclo de formação do ensino público e gratuito, e de acordo o artigo 2º desta lei, essa nova organização passa a ser regida

pelo princípio da Gestão Democrática, gratuidade, publicidade e autonomia didático-científica, disciplinar e de gestão administrativa, financeira e patrimonial, e tem por finalidade promover o ensino superior e técnico, a pesquisa, a extensão e a assistência, tendo como âmbito de sua atuação todo território estadual, na forma desta Lei, do seu Estatuto e de seu Regimento Geral (ALAGOAS, 2007).

Atualmente, a UNCISAL dispõe da seguinte estrutura básica: I - Órgão de Administração Superior, composto por: Gabinete do Reitor, Chefia de Gabinete; Secretaria Executiva; Cerimonial; Ouvidoria; Superintendência Pedagógica Institucional; Coordenadoria Jurídica; Assessoria Técnica; e Assessoria de Comunicação Social. II - Órgãos Colegiados, compostos pelos: Conselho Universitário; Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão; Conselho de Curadores e pelo Comitê de Ética em Pesquisa. III – Órgãos de Execução, que é composto por cinco pró-reitorias, que são: Pró-Reitoria de Planejamento e Gestão; Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano; Pró-Reitoria de Graduação; Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação; Pró-Reitoria de Extensão; IV - Unidades Acadêmicas: Faculdade de Fisioterapia; Faculdade de Fonoaudiologia; Faculdade de Medicina; e Faculdade de Terapia Ocupacional; mais quatro faculdades tecnológicas que são: Radiologia, Informática em Saúde, Gestão de Negócios em Alimentação e Gestão em Equipamentos Médico-hospitalares. V - Unidade de Ensino Profissionalizante: Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora. VI - Unidades Complementares: Hospital Escola Dr. José Carneiro; Hospital Escola Dr. Hélyvio Auto; Hospital Escola Portugal Ramalho; Maternidade Escola Santa Mônica; Centro de Diagnóstico por Imagem; Centro de Patologia e Medicina Laboratorial; Biblioteca Central; Serviço de

Verificação de Óbito; e Centro de Cirurgia Experimental e Biotério (ALAGOAS, 2007b).

A Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), cujo trabalho é direcionado para gestantes de alto risco, foi inaugurada em 24 de março de 1964, com o nome de Alba Mendes Muniz Falcão, passando a ser denominada alguns meses depois de Maternidade Santa Mônica. Nesta ocasião a equipe médica era composta de apenas dois obstetras e uma parteira responsável pela sala de parto. Posteriormente a Casa Maternal Santa Mônica passou a ser referência estadual para gestantes de alto risco, especializada em assistência de média e alta complexidade. Atualmente atende a todo o Estado de Alagoas, dispõe de 102 leitos para o pré-parto, 6 leitos para UTI materna e 32 leitos para UTI neonatal (ALAGOAS, 2007c).

O Hospital Psiquiátrico Portugal Ramalho (HEPR) oferece assistência médica, psiquiátrica e psicossocial a portadores de transtornos mentais. Foi inaugurado em 1956, remanescente do Asilo Colônia Santa Leopoldina, única unidade hospitalar psiquiátrica pública do Estado; é referência para a assistência psiquiátrica em Alagoas e se destaca como um dos melhores hospitais psiquiátricos do Brasil. Mantém convênios para estágios curriculares e extracurriculares com a UNCISAL, UFAL e demais unidades de ensino em Saúde do Estado, quer de nível médio, profissionalizante ou superior (ALAGOAS, 2007c).

O Hospital Escola Dr. Hélios Auto (HEHA) foi criado no final do século XIX, destinado a isolar pacientes vindos de todo o Estado com hanseníase, peste, cólera, malária, entre outras. Após uma reforma estrutural na década de 40, no Governo Silvestre Péricles de Góes Monteiro, passou a ser denominado “Hospital Constança de Góes Monteiro” e ampliou o atendimento para doenças infecto-contagiosas. Em 1980, mudou de nome passando a chamar-se “Hospital de Doenças Tropicais Constança de Góes Monteiro”, especializado em doenças infecciosas. Em dezembro de 1998 novamente teve seu nome alterado para “Hospital Escola Hélios José de Farias Auto”. Desde a década de 50 são ministradas aulas teóricas e práticas da disciplina de doenças infecciosas e parasitárias, através da Universidade Federal de Alagoas, e a partir de 1970 também pela Escola de Ciências Médicas de Alagoas (ALAGOAS, 2007c).

Atualmente a UNCISAL consolida-se como instituição universitária, pluridisciplinar, criando cursos de graduação e pós-graduação, implementando a pesquisa, a extensão e se vinculando às necessidades regionais, além de assumir o papel primordial na disseminação do conhecimento. Oferece cursos e programas que possibilitam a formação do profissional e do cidadão para atuar nos processos de transformação social, buscando criar alternativas para enfrentar as problemáticas que emergem do mundo contemporâneo.

2.2. O Hospital Escola Dr. José Carneiro

Este hospital foi fundado em 26 de março de 1964, no governo do Major Luís Cavalcante, tendo como secretário de saúde o ilustre médico Dr. Ib Gatto Falcão, passando a ser hospital escola a partir de 1968, com a criação da Escola de Ciências Médicas de Alagoas, que atualmente é uma das faculdades pertencentes à UNCISAL¹¹.

O Hospital Escola Dr. José Carneiro é o único hospital geral do Estado de Alagoas. Atende cem por cento pacientes do Sistema Único de Saúde de todo o Estado de Alagoas, recebe pacientes de todas as idades, com os mais variados tipos de doenças, oferecendo serviços e procedimentos de alta e média complexidade, atendimento ambulatorial em trinta especialidades médicas, que são: cardiologia, ginecologia, clínica médica, ortopedia, ambulatório de dor, anestesiologia, angiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, endócrino-pediatria, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, gastro-pediatria, geriatria, hematologia pediátrica, homeopatia, mastologia, oncologia infantil, nefrologia, neurologia pediátrica, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia infantil, adulto e hospitalar, psiquiatria, reumatologia, terapia ocupacional, urologia. Tem como missão desenvolver ações de atenção à saúde da nossa população, com excelência e

¹¹ Todos os dados referentes ao HEJC foram fornecidos pelo Núcleo de Recursos Humanos do HEJC.

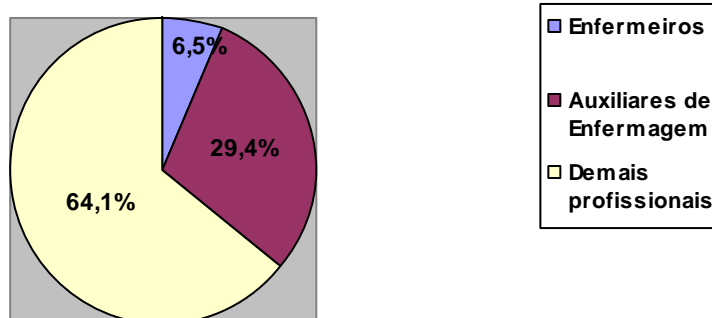
eficácia, através de recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa.

Possui, em sua estrutura, cento e oito leitos, três clínicas de internação: médica, cirúrgica e pediátrica, quatro salas de cirurgias, um laboratório, uma unidade de apoio de diagnóstico, vinte salas de ambulatório médico, uma unidade odontológica, um centro de imunobiologia especial, um laboratório de hanseníase e uma UTI Geral.

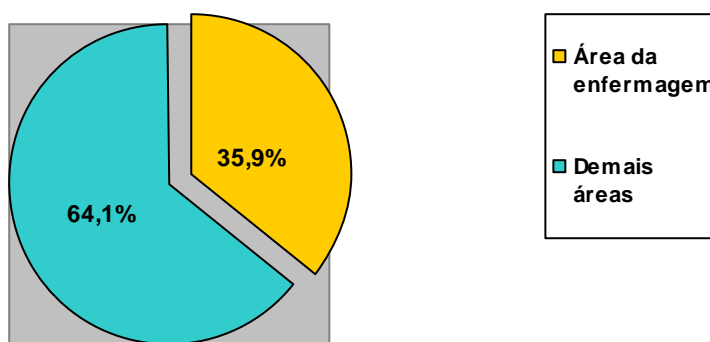
Como hospital-escola, recebe estudantes de todas as faculdades da UNCISAL, e de várias outras áreas de ensino de outras instituições, principalmente estagiários da área de enfermagem, tanto enfermeiros como técnicos e auxiliares de enfermagem, exercendo, portanto, uma forte influência na formação dos futuros profissionais que por ele passam, exigindo uma qualificação diferenciada dos profissionais que lá atuam.

O Hospital conta com 720 servidores efetivos¹², de nível elementar, médio e superior, dos quais 47 (quarenta e sete) são enfermeiros, representando 6,5% do quadro de pessoal, e 211 (duzentos e onze) são técnicos e auxiliares de enfermagem, representando 29,4%, que juntos somam 35,9% de todo o quadro de servidores do hospital, portanto, mais da terça parte do quadro. É uma área muito grande que requer maior atenção e maior cuidado por parte destes núcleos, uma vez que é responsável por grande parte do atendimento.

Gráfico 1: Servidores do HEJC



¹² Informações fornecidas pelo Departamento de Pessoal do Hospital Escola Dr. José Carneiro, 2007.



Neste hospital existe um Núcleo de Educação Continuada, criado em 2004, ainda em fase de estruturação, o qual tem desenvolvido eventos e ações voltadas para toda área de enfermagem, tanto nível superior, como o nível médio, tais como: cursos, palestras e seminários (ALAGOAS, 2004 e ALAGOAS, 2005a); e um Núcleo de Recursos Humanos (NRH) que também promove cursos, palestras e seminários, entre outras atividades, direcionados a todos os servidores do hospital, principalmente para a área administrativa (ALAGOAS, 2005b). Com os trabalhos desenvolvidos, esses núcleos visavam “ampliar o nível de conhecimento técnico e científico dos profissionais, proporcionando uma melhor qualidade na assistência aos pacientes, em toda área da enfermagem do HEJC” (ALAGOAS, 2004).

Percebeu-se através de relatórios (ALAGOAS, 2005b), da escuta como coordenadora de RH e da observação *in loco*, a partir da experiência de mais de 20 anos na área, uma aparente falta de interesse dos profissionais em participarem das atividades oferecidas, assim como é visível o nível de insatisfação destes. No entanto, de acordo com o Levantamento da Necessidade de Treinamento (LNT), realizado pelo NRH do HEJC juntamente com o NRH da UNCISAL, em dezembro de 2004, constatou-se que 82% dos servidores entrevistados do HEJC, declararam precisar de aperfeiçoamento profissional, o que comprova que não há falta de interesse, como será visto no capítulo a seguir.

2.3 A interdisciplinaridade e a Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro

O grande desafio do Núcleo de Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro é promover uma formação contínua, adequada às novas exigências do Sistema Único de Saúde e às necessidades dos profissionais da área de enfermagem, de forma que proporcione a esta categoria maior conhecimento técnico e teórico, proporcionando maior segurança no desenvolvimento de suas atividades, para que possam desenvolvê-las com eficiência e eficácia, utilizando todas as suas competências nesta difícil missão que é cuidar de pessoas doentes, fragilizadas e carentes. Cabe, portanto, ao NEC cuidar dos cuidadores, não apenas nos aspectos técnico e teórico, como também nos aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais.

Na enfermagem, aprendemos uns com os outros e uns nos outros, o que mobiliza várias potencialidades, sentimentos, medos e desejos. As questões sociais e culturais são muito importantes na construção do conhecimento e na avaliação, pois a prática do cuidado requer essa apropriação tanto quanto do aparato técnico que aumenta a cada dia e que, entretanto, não garante, por si mesmo ou por seu uso com destreza, saúde nem qualidade de vida (MORAES, 2007).

2.3.1 Currículo e interdisciplinaridade

O currículo exerce fundamental importância; quando se trata de formação profissional, qualquer nível de educação ou capacitação deve se preocupar com o currículo, colocando-o sempre em primeiro lugar. É através do currículo que se pode saber o que se pretende trabalhar, o que se espera com a capacitação oferecida, a quem interessa a educação oferecida e para que serve.

De acordo com Lopes (2004),

toda política curricular é construída de propostas e práticas curriculares e como também as constitui, não é possível de forma absoluta separá-las e desconsiderar suas inter-relações. Trata-se de um processo de produção e

seleção de saberes, de visão de mundo, de habilidades, de valores de símbolos e significados, portanto de cultura capaz de instituir formas de organizar o que é selecionado, tornando-o apto a ser ensinado.

Uma vez que o currículo está diretamente relacionado ao processo de produção e seleção de saberes, entendemos que “ao planejar o currículo para qualquer escola ou qualquer campo, é necessário decidir sobre os elementos que mais eficazmente servem como diretrizes a serem usadas na organização” (TYLER, 1975, p. 80).

Sendo assim, toda política curricular é um conhecimento construído para a escola ou para o empreendimento que se deseja, a partir da cultura; gera conflitos e nasce de conflitos, fruto do pensamento de determinada cultura, varia de acordo com a forma de entender o mundo de cada cultura: “não se resumem apenas a documentos escritos, mas incluem os processos de planejamento, vivenciados e reconstruídos em múltiplos sujeitos no corpo social da educação” (LOPES, 2004).

Na prática, os efeitos das políticas curriculares são condicionados por questões institucionais e disciplinares, pois cada instituição tem uma história diferente, interesses diferentes, concepções pedagógicas diferentes, portanto, na seleção do currículo deve-se procurar entender e respeitar essas diferenças, buscando conciliar as práticas institucionais com os conhecimentos que se deseja desenvolver, de forma que minimize os conflitos e atenda às expectativas da comunidade envolvida.

O currículo é sempre o resultado de uma seleção: de um universo mais amplo de conhecimentos e saberes seleciona-se aquela parte que vai constituir precisamente o currículo. As teorias do currículo, tendo decidido quais conhecimentos devem ser selecionados, buscam justificar porque “esses conhecimentos” e não “aqueles” devem ser selecionados (SILVA, 2005, p. 73).

Quando se escolhe quais conteúdos devem ou não fazer parte do currículo, está se definindo quais conhecimentos devem ou não ser transmitidos, conseqüentemente está se determinando que tipo de pessoa se quer formar. Por essa razão, Silva (2005) considera o currículo uma expressão de poder, uma vez que quando se escolhe o currículo está se decidindo o que deve e o que não deve ser ensinado.

O poder está essencialmente ligado à classificação. Como vimos, a classificação diz o que é legítimo ou ilegítimo incluir no currículo. A classificação é uma expressão de poder. Se estamos falando de coisas que podem e coisas que não podem, estamos falando de poder (SILVA, p. 73, 2005).

Silva (2005) explicita que tipo de pessoa se quer para esta ou aquela sociedade. Desta forma o currículo, conseqüentemente a educação, tanto pode estar a serviço do atual sistema socioeconômico, reproduzindo o modelo que proporciona desigualdades sociais, escraviza e oprime o cidadão, como pode estar preparando pessoas para a transformação social; neste caso, a grande questão é: quem prepara os currículos? Que tipo de profissional tem o poder de definir o que deve ser ensinado? De que forma se pode intervir na educação, através do currículo, para atender aos anseios da população? Como combater as desigualdades sociais e a corrupção que está tão entranhada na cultura brasileira, causando sentimento de impotência e até de acomodação diante da realidade?

As teorias do currículo, entretanto, a pergunta “o quê?” nunca está separada de uma outra importante pergunta: “o que eles ou elas devem ser?” ou, melhor, “o que eles ou elas devem se tornar?”. Afinal, um currículo busca precisamente modificar as pessoas que vão “seguir” aquele currículo [...] Qual é o tipo de ser humano desejável para um determinado tipo de sociedade? Será a pessoa racional e ilustrada do ideal humanista de educação? Será a pessoa otimizada e competitiva dos atuais modelos neoliberais de educação? Será a pessoa ajustada aos ideais de cidadania do moderno estado-nação? Será a pessoa desconfiada e crítica dos arranjos sociais existentes e preconizada nas teorias educacionais críticas? A cada um desses “modelos” de ser humano corresponderá um tipo de conhecimento, um tipo de currículo (SILVA, p. 15, 2005).

Para Goodson (1995, p.67), currículo é um “conceito multifacetado, construído, negociado em vários níveis e campos”, o que significa dizer que algumas questões devem ser analisadas cuidadosamente antes de se oferecer qualquer proposta de capacitação, tais como: que temas devem ser abordados, que conteúdos devem ser trabalhados, quais os resultados esperados, o currículo proposto está de acordo com a categoria que se quer trabalhar, qual a proposta da organização, o que se quer mudar, há condições financeiras para implantar a capacitação, quem serão os atores envolvidos, tanto como participantes quanto como facilitadores.

Para desenvolver um trabalho eficaz envolvendo todos os profissionais da área de enfermagem, fazendo com que toda a comunidade hospitalar perceba a importância do papel desses enfermeiros e enfermeiras, e ao mesmo tempo fazer

com que estes desenvolvam uma nova consciência da importância do seu trabalho e da necessidade de oferecer um atendimento qualificado aos usuários. Para que seu trabalho tenha o respeito merecido e os profissionais sejam devidamente valorizados, é necessário um trabalho conjunto, envolvendo todos os profissionais das diversas áreas, formando equipes multidisciplinares, que através de grupos de estudo, de discussões e de negociações, possam construir e implantar políticas de educação permanente que atendam às necessidades dos profissionais e da instituição, desenvolvendo o senso crítico e prestando uma boa assistência aos usuários.

Na atual conjuntura econômica e social em que vive o Brasil, os profissionais da saúde precisam reconstruir seu saber-fazer a partir de novas formas de interpretação do que é cuidado, cuidar e ser cuidado. Para tanto, é preciso adquirir novos conhecimentos, rever as práticas e fazer uma reflexão sobre o atual contexto sociocultural, incorporando novos significados, de modo a produzir diferentes maneiras de identificar o que se chama de cuidar e ser cuidado, no cenário da construção ontológica e epistemológica do processo de viver no mundo, e não apenas de viver num cenário de saúde e doença.

Portanto, é necessário pesquisas que fundamentem seu saber-fazer e que apontem novas perspectivas do agir, primando por mais autonomia em consonância aos preceitos ético-legais da profissão, intervindo quando necessário ao desenvolvimento da comunidade, para que haja mudanças na legislação, uma vez que as “leis civis e estatais, produto de uma atividade humana, são estabelecidas pelo homem e podem ser por ele modificadas, tendo em vista seu desenvolvimento coletivo” (GRAMSCI, 2000, p.42).

De acordo com Santomé (1998), todo ser humano é influenciado por sua história de vida, pelas experiências vividas, não tendo como separar sua cultura de sua prática.

Homens e mulheres são compostos de dimensões bioquímicas, mas também, e de maneira muito relevante, de história, de tradições. As experiências individuais nos âmbitos familiares e em todas as demais instituições das quais participamos normalmente deixam suas marcas. A cultura, mentalidade e expectativas de qualquer pessoa é fruto de uma história vivida no seio de uma ou várias famílias, resultado de sua participação ativa dentro de grupos sociais, étnicos, de gênero, de

condicionamentos geográficos, históricos, biológicos etc. Se admitirmos uma diversidade experiencial na vida dos seres humanos, isto quer dizer que, para compreender qualquer fenômeno social é imprescindível levar em consideração informações relativas a todas essas dimensões, com capacidade para modelar pessoas e classes sociais. Assim, é lógico afirmar que a realidade é multidimensional (SANTOMÉ, 1998, p. 45).

Pizzi e Vieira (2005, p. 140) afirmam que a “transmissão de conhecimento se dá num processo de produção e criação dos sentimentos, de significações e ressignificação dos sujeitos”. Portanto, o currículo dos cursos a ser oferecido aos profissionais deve estar baseado num conjunto de conhecimentos bem definidos, considerando a prática da instituição e principalmente tendo a participação dos profissionais envolvidos. Neste sentido, a qualificação contínua destes profissionais se dá não só através do currículo que lhes é oferecido, mas também através das experiências vivenciadas no dia-a-dia da instituição.

Com o crescimento econômico, após a era industrial, a exigência do mercado de trabalho fez com que surgisse um número cada vez maior de especializações; a necessidade de profissionais para áreas cada vez mais específicas vai surgindo à medida que surgem novas tecnologias e novas descobertas no campo das ciências. Essas novas especializações e descobertas, incentivadas e fortalecidas também pelas pesquisas científicas, tornaram a ciência moderna muito fragmentada e, conseqüentemente, a percepção do humano.

Entretanto, em contraposição ao surgimento das especializações, como forma de resgatar essa fragmentação do conhecimento, nas últimas décadas tem surgido a necessidade de um trabalho com equipes (interdisciplinar), cujo objetivo “é tratar de compreender e solucionar problemas significativos, assuntos que para poderem ser enfrentados exigem o esforço conjunto de vários campos de conhecimento e pesquisa” (SANTOMÉ, 1998, p.44).

Santomé (1998) cita duas razões para as discussões sobre a questão interdisciplinar:

Para algumas pessoas, a linha de argumentação com maior poder de convencimento é estabelecida com base em discursos em torno da complexidade dos problemas da atual sociedade, da necessidade de levar em conta o maior número possível de pontos de vistas. Para outras, a problemática de interdisciplinaridade é conseqüência de interrogações sobre os limites entre as diferentes disciplinas e organizações do conhecimento,

sobre a possibilidade de obter maiores parcelas na unificação do saber (SANTOMÉ, 1998, p. 44).

O fato é que, pela necessidade de ouvir diversos pontos de vistas para solução dos problemas ou pela falta de clareza na limitação das disciplinas, na prática estas duas versões se completam, visto que na era do conhecimento, como é classificado o mundo atual, há a necessidade de “organizar e reagrupar os âmbitos do saber para não perder a relevância e a significação dos problemas a detectar, pesquisar, intervir e solucionar” (SANTOMÉ, 1998, p. 45).

No mundo globalizado, há uma exigência no sentido de que os profissionais sejam cada vez mais polivalentes, para que desenvolvam uma infinidade de competências para atender às constantes mudanças do mercado de trabalho. E é nesse mercado conturbado que a interdisciplinaridade ganha maior visibilidade, sendo cada vez mais solicitada para resolver os problemas surgidos em meio às mudanças atuais. No entanto, trabalhar com equipes interdisciplinares não é tarefa fácil; exige um novo tipo de profissional, democrático e flexível, que esteja aberto às mudanças e ao diálogo, que seja ético e tenha bom senso.

Para Minayo (1991), a interdisciplinaridade surge para combater o caráter "doentio" do conhecimento fragmentado em ilhas e sem a face humana, como a busca de totalidade do conhecimento, como uma crítica veemente à sua fragmentação, à institucionalização e aprisionamento do saber nas academias e à crescente valorização "per si" do saber técnico.

2.3.2 A interdisciplinaridade na área da saúde

A partir dos anos 70 o modelo funcionalista de saúde no Brasil sofreu muitas críticas, ocorrendo muitas mudanças, sob a influência do Movimento Sanitário (CORREIA, 2005b, p.55). As pesquisas científicas também foram intensificadas desde então. Em muitos países latinos, já se colocava o estudo da produção social das doenças, onde o adoecer era percebido através dos condicionantes econômicos, históricos e sociais. Apesar da ampliação de perspectivas, não se pode

dizer que houve um grande avanço no que diz respeito à interdisciplinaridade, muito embora este tema já estivesse sendo comentado.

Os anos 80, período que antecedeu a promulgação da Constituição Federal brasileira, foram um período em que os movimentos sociais surgiram com bastante força, influenciando fortemente as decisões do Congresso Nacional, consagrando o conceito ampliado de saúde e conseguindo a implantação do Sistema Único de Saúde, exigindo novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática.

Os princípios doutrinários do SUS instituídos pela Constituição Federal são: Universalidade, Equidade e Integralidade, o que significa que todos os serviços de assistência à saúde devem ser estendidos a todas as pessoas, de forma justa e igualitária, considerando a pessoa em todas as suas dimensões, procurando atender a todas as suas necessidades. Como se pode constatar, este ideal não condiz com a realidade da saúde pública no Brasil, muito menos em Alagoas.

A consolidação efetiva do SUS depende das estratégias adotadas visando à implantação deste modelo assistencial previsto na Constituição Federal. Requer a implementação de políticas públicas, como o Programa de Saúde da Família e o investimento na Educação Permanente, entre outros. Para tanto, é importante que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais da saúde, possibilitando maior diversidade das ações e a busca permanente de consenso, uma relação baseada na interdisciplinaridade, na qual se questionem as práticas utilizadas e se estimule a constante comunicação entre profissionais envolvidos no trabalho.

A interdisciplinaridade constitui um dos principais temas que precisam ser discutidos e desenvolvidos para atender às necessidades da área da saúde, efetivando esse novo modelo assistencial preconizado pelo SUS. Através da educação continuada pode-se começar a construção desse caminho em que se pretende compartilhar conhecimentos em busca de resolutividade para os problemas da saúde.

O contexto histórico vivido nessa virada de milênio, caracterizada pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva

predominância das especializações, requer uma prática interdisciplinar no sentido de compreender e solucionar problemas significativos e os assuntos que para poderem ser enfrentados exigem o esforço conjunto de vários campos de conhecimento e pesquisa, conforme sugere Santomé (1998).

No momento atual, em que a saúde enfrenta grandes desafios, o trabalho interdisciplinar, visto como uma relação articulada entre as diferentes profissões da saúde, possibilita um olhar plural, permite o reconhecimento da crescente complexidade das ciências da saúde e proporciona o trabalho conjunto. Respeitando as bases disciplinares específicas, mas buscando soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições, é uma ferramenta estratégica para a concretização da integralidade das ações de saúde.

Assim como Silva (2005) argumenta que a seleção do currículo significa poder, destacamos que a interdisciplinaridade é também, ao mesmo tempo, uma questão de saber e de poder. Esse pressuposto pode ser visto, pelo menos, a partir de duas dimensões: de um lado, pode-se entender que um campo científico delimita o conhecimento para melhor exercer domínio sobre esse, enquanto objeto de estudo; por outro lado, quanto maior for a fragmentação dos recortes, menor poderá ser a possibilidade do exercício do poder num conjunto maior do conhecimento.

A interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual. Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando for realizado dentro da especificidade de cada um. Por outro lado, em determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar depende do fato que se apresenta, podendo envolver tanto dois profissionais como, por exemplo, um médico e um enfermeiro como podem demandar a participação cooperativa de todos os membros da equipe.

CAPÍTULO III - A EDUCAÇÃO CONTINUADA DO HOSPITAL ESCOLA DR. JOSÉ CARNEIRO E SUA RELAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO

Ao observar através do trabalho como chefe do Núcleo de Recursos Humanos do Hospital Escola Dr. José Carneiro, que é um hospital geral com por cento SUS e oferece serviços a toda população de Alagoas, que havia muitas reclamações em relação ao atendimento, procurou-se investigar as razões destas reclamações, partindo do princípio que existia o Núcleo de Educação Continuada, responsável pela capacitação dos profissionais da área de enfermagem. Investigou-se se as ações desenvolvidas por este núcleo contribuíram para melhorar a qualidade na assistência aos usuários, buscando descobrir quais os fatores que geravam o mau atendimento.

Foi adotada a pesquisa qualitativa com abordagem do estudo de caso por estar a pesquisadora diretamente ligada ao fenômeno, procurando tratar a realidade de forma completa e profunda. Direcionou-se o estudo para a formação dos enfermeiros e enfermeiras do hospital, já que o período da pesquisa não permitia ampliar a área de investigação. De início foi feito um levantamento bibliográfico para conhecer o pensamento de diversos autores e um estudo detalhado de vários documentos e leis relacionadas ao estudo.

A pesquisa de campo aconteceu em três etapas: primeiro, a observação do dia-a-dia de trabalho desses profissionais; depois, foram aplicados os questionários; e por último, as entrevistas. Desta forma colheram-se as informações necessárias para a questão em estudo. Vale ressaltar que em todas as etapas da pesquisa os enfermeiros e enfermeiras do hospital foram muito prestativos, colaborando espontaneamente todas as vezes que foram procurados.

3.1 Conceituando Educação Continuada e Educação Permanente

Os termos Educação Permanente e Educação Continuada têm várias conotações. De acordo com Moraes (2007), a crescente generalização do conceito de formação ao longo da vida ou educação permanente vem passando por uma profunda reconceitualização que desconhece ou desvaloriza seu significado original, desvirtuando ou mesmo negando alguns de seus pressupostos políticos mais importantes, como o desenvolvimento e a autonomia das pessoas, passando a atender às necessidades do mercado de trabalho. A autora afirma ainda que:

A educação ao longo da vida tornou-se um dos pilares do Estado-providência, integrada às políticas sociais e redistributivas típicas dos diversos modelos que assumiu em diferentes países após a II Guerra Mundial. O ideal da educação ao longo da vida, conferindo sentido e integrando diversas modalidades e formas de educação/formação, institucionalizadas ou não, era então voltado para a participação e a cidadania democrática, para o desenvolvimento e autonomia dos cidadãos (MORAES 2007).

As grandes mudanças ocorridas no mundo contemporâneo fizeram com que o mercado de trabalho se transformasse, mudando também as políticas sociais implementadas pelo Estado, especialmente em relação à educação, em que o Estado através de uma política liberal passou a atuar de acordo com as exigências do mercado, adotando políticas educativas que incentivam os esforços individuais como forma de superar o desemprego. “Na perspectiva mais tecnocrática e pragmática, a educação-formação-aprendizagem ao longo da vida transforma-se em panacéia, alavanca de produtividade e solução para os problemas do (des)emprego”, denuncia Moraes (2007).

Influenciada pelas teorias do capital humano amplamente partilhadas pelos círculos políticos, a noção de formação contínua, continuada ou permanente desloca o conceito anterior da educação permanente e atribui ênfase à formação profissional, à sua capacidade de modernização e adaptação funcional à economia e ao mercado. Nesse processo, a responsabilização individual, a racionalidade econômica, o *ethos* mercantil forçaram não só o deslocamento da educação para a formação, mas também da formação para a aprendizagem. Subordinada à economia, vista como uma variável econômica, a aprendizagem instrumentaliza a vida, amputando-a de suas dimensões não (ou menos) mercantilizáveis, ignorando aspectos substantivos da vida ao longo da aprendizagem (MORAES 2007).

Geralmente o termo educação continuada está ligado ao treinamento específico sobre uma determinada especialidade ou tema, para atender a necessidades pontuais, ou, como afirma Moraes (2007):

do ponto de vista da educação, ocorreu nos anos 1990, uma disputa entre o ajuste dos sistemas educacionais às demandas da nova ordem econômica [...] de modo que não há mais direito ao trabalho, mas sim a tarefa individual de se educar para conseguir um lugar no mercado de trabalho 'treinar para trabalhar'.

Enquanto o que se deseja, numa perspectiva crítica, é uma formação continuada ou permanente mais abrangente, que envolva equipes e vise transformar as práticas através do trabalho conjunto. As prioridades devem ser construídas coletivamente, levando em consideração a realidade e as necessidades locais, usando o referencial gramsciano, quando afirma que:

Através da discussão e da crítica colegiada (feita através de sugestões, conselhos, indicações metodológicas, crítica construtiva e voltada para a educação recíproca), mediante as quais cada um funciona como especialista em sua matéria a fim de complementar a qualificação coletiva [...] criam-se também as condições para o surgimento de um grupo homogêneo de intelectuais, preparados para a produção de uma atividade "editorial" regular e metódica. Indubitavelmente, nesta espécie de atividade coletiva, cada trabalho produz novas capacidades e possibilidades de trabalho (GRAMSCI, 2000, p.35).

Deve-se envolver toda a área da enfermagem, em especial os enfermeiros e enfermeiras, na identificação das políticas de educação permanente existentes e na construção de novas políticas que possam aprimorar o conhecimento; ajudar na realização profissional; estimular o compromisso e possibilitar mudanças positivas no dia-a-dia dos profissionais envolvidos, melhorando conseqüentemente a assistência aos usuários do hospital. É um tema que está em evidência nas instituições de saúde e nas escolas. Porém, com referencial teórico ainda limitado, e com uma legislação ainda muito recente.

Adota-se o conceito de Educação Permanente como sendo multiprofissional, que representa uma prática institucionalizada, mas que busca solucionar os problemas de saúde através da transformação das práticas, uma ação contínua que deve procurar utilizar não só uma pedagogia centrada na resolução de problemas ou a pedagogia da transmissão dos conhecimentos, mas essencialmente através de "estudos coletivos, com a assistência de professores" ou facilitadores, conforme recomenda GRAMSCI (2000, p. 38).

Desta forma, acredita-se que pode haver uma aprendizagem significativa que venha a contribuir com o fortalecimento das ações em equipe e o aperfeiçoamento de práticas individuais promovendo o desenvolvimento institucional através do trabalho cooperativo, em que haja interação entre as experiências individuais e coletivas e a mobilização dos distintos saberes envolvidos no processo da saúde.

Através da Educação Permanente pode-se ainda fomentar a autonomia e a responsabilização dos envolvidos, ampliando seu compromisso com os resultados em saúde. Facultar acesso às informações e conhecimentos sobre o SUS e as demais legislações da saúde, assim como proporcionar o pleno exercício da cidadania dos profissionais, além de contribuir com o aperfeiçoamento técnico e operacional para a prática de cada trabalhador, como se constata na fala dos entrevistados:

Para melhorar a assistência, treinamento prático mesmo, colocar as questões diárias nossas, como lidar com pacientes graves, quem trabalha com crianças, treinamento pra ver funcionar [...] como a gente tem muito atividade, a gente não pode tá na assistência. Hoje em dia a gente não tem esse luxo, hoje em dia não que nunca teve; antes ainda era muito pior, da assistência ao paciente a gente fica muito na parte burocrática, sabe? A gente tá perdendo muito, sabe? A gente não pode ficar ali ao lado do paciente, observando, a assistência mesmo. Então pra mim o treinamento tinha que ser com assistência, como cuidar do paciente, como cuidar mesmo (ENTREVISTA Nº 1).

Eu acho que o enfermeiro ele tinha que ser mais politizado. Eu acho que a política de saúde deve ser melhor trabalhada nas universidades, porque a gente sai muito assistencial, quase todo curso de enfermagem é assistencial, então o enfermeiro fica despolitizado, então quando a gente cai no mercado de trabalho, tanto as políticas como as leis do exercício da enfermagem, o enfermeiro não sai preparado para, por exemplo, ele saber quais as leis que regem a sua profissão, o conhecimento do código de ética. Então muitas vezes ele vai pro campo de trabalho, acontecem n situações, ele está despreparado pra conduzir aquela situação, não sabe dos direitos, dos deveres, das responsabilidades, das penalidades, tanto pra ele como pro nível médio. O que acontece? As situações ocorrem, ele não tem como legalmente se colocar (ENTREVISTA Nº 3).

De acordo com as falas acima, pode-se perceber que há uma lacuna na formação universitária dessa classe trabalhadora que pode ser suprida através da educação permanente, validando a importância do trabalho da educação permanente na formação política e profissional desta categoria.

3.2 Políticas voltadas para a qualidade na assistência

Nos últimos anos têm surgido algumas políticas com o propósito de melhorar a qualidade na assistência. Uma dessas políticas, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, foi a Política Nacional de HumanizaSUS, que surgiu como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS, com pretensão de atuar transversalmente em toda a rede do SUS. Essa política tem a intenção de alcançar os seguintes resultados: redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços (BRASIL 2008a).

A implementação dessa política implica uma série de ações que não são fáceis de implantar, pois requerem um trabalho educativo com ações bem planejadas, gestores comprometidos, que dêem continuidade às ações; requerem ainda profissionais preparados para ser formadores em cursos de capacitação com projetos bem-estruturados, que podem e devem ser trabalhados através da Educação Permanente.

Ainda buscando alternativas para melhorar o SUS, também como forma de implantar a política de HumanizaSUS, através da portaria nº 198/GM, publicada em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde institui, pelo então ministro Sr. Humberto Costa, a Política Nacional de Educação Permanente em saúde, visando principalmente a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde. Essa política deve ser desenvolvida no território localregional, sendo efetivada através de um Colegiado de Gestão, denominado de Pólo de Educação Permanente em Saúde, cujas funções, entre outras, são:

- I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional. (BRASIL, 2007b).

Muitos são os questionamentos sobre a eficiência, o desenvolvimento e a implantação dessas políticas. Percebe-se que, pela sua amplitude, muitos são os entraves para a sua implementação, assim como das demais políticas que envolvem gestão, recursos financeiros e recursos humanos. Entretanto, essa política consolida a importância da Educação Permanente no sentido de se obter uma boa qualidade na assistência, já que ela considera, entre outros fatores, que:

a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

[...] a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2007b).

Como se vê, cabe à Educação Permanente não apenas capacitar a parte técnica e operacional; suas atribuições vão muito além, envolvendo várias áreas de atuação. No parágrafo segundo dessa portaria, fica estabelecido quem poderá compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, que são: os gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007b).

Outra política de fundamental importância para a saúde, instituída no governo Lula da Silva, foi a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da

administração pública federal direta, autárquica e fundacional, publicada através do decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. Esse decreto define as finalidades e as diretrizes para capacitação do servidor, objetivando alcançar os seguintes resultados: melhoria da eficiência; eficácia e qualidade dos serviços públicos; desenvolvimento permanente do servidor público; adequação das competências requeridas dos servidores aos objetivos das instituições; divulgação e gerenciamento das ações de capacitação (BRASIL, 2007c).

Esse decreto servirá para dar direcionamento aos setores de recursos humanos e de educação permanente das instituições públicas, para trabalhar as políticas anteriores, pois terão embasamento legal para apoiar as ações que visam o desenvolvimento permanente do servidor e a assistência com qualidade ao usuário. Inclusive abre espaço para que as capacitações sejam realizadas em convênio com as instituições federais de ensino com escolas de governo, que poderão ofertar os cursos de capacitação previstos neste Decreto, que são:

cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios, estágios, seminários e congressos, que contribuam para o desenvolvimento do servidor e que atendam aos interesses da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2007c).

No entanto, ainda é preciso maior compromisso dos governantes, dos parlamentares e dos gestores públicos, como também dos profissionais de saúde, com os serviços públicos. É necessário maior investimento em saneamento básico, nas estruturas hospitalares e nos recursos humanos. As condições de vida e de trabalho que os profissionais de saúde enfrentam atualmente demonstram a falta de atenção e a desvalorização dos trabalhadores, que estão com baixos salários, aumento da jornada de trabalho para manter um melhor padrão de vida, o alto nível de estresse devido à precariedade de trabalho, a falta de material, estrutura física inadequada, como comprovado nas entrevistas.

Agora tô com 60 horas, 30 mais 30. Mas nessa época eu tava com 90 horas! Era isso! essa correria, porque eu era plantonista. Tinha 2 diaristas e 1 plantonista. Então eu trabalhava 6 horas num emprego, mais 6 no outro, e o outro eu era plantonista, e meus plantões quando coincidia eu trocava por final de semana, para poder cobrir. Mas foi o tempo que eu me senti muito cansada e pedi pra sair, fiquei só com dois empregos [...] Pra sobreviver a gente tem que ter mais 1 ou 2 dois empregos (ENTREVISTA Nº 1).

É muito difícil. Desde que eu me formei, eu passei, acho que foram 13 anos, tive duas ou três situações de emprego, chegou um período que eu tive quatro. Passei quatro meses com quatro empregos. A gente percebe que você não consegue desenvolver com eficiência um e outro; os dois é impossível. Uma das coisas que eu achava terrível lá (no HEJC), na época, era a estrutura física. A técnica é importante, essa parte de humanização é importante, só que a parte de materiais e equipamentos e a ambientação também. Você começa a trabalhar num setor que está sucateado, você não tem equipamento para trabalhar, lógico que a sua justificativa vai ser a falta de equipamento, por melhor treinamento que você tenha, por melhor profissional que você tenha (ENTREVISTA Nº 3).

Essa situação repercute diretamente na qualidade da assistência. A Educação Permanente é um caminho que pode contribuir para o desenvolvimento das pessoas, tanto profissional como pessoal, possibilitando não só o desenvolvimento do seu potencial, através de cursos e capacitações, seminários, encontros, grupo de estudo, mas abrindo espaço para que os profissionais possam colaborar para a transformação do meio em que vivem, através de suas experiências e de seus conhecimentos. Entende-se que todos podem contribuir. Como dizia Gramsci todo homem é um filósofo, pois “possui uma linha consciente de conduta moral”, podendo, portanto despertar novas maneiras de pensar, interferindo assim em seu meio ambiente, seja profissional, familiar ou social. Para esse autor:

Não há atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar *o homo faber do homo sapiens*. Em suma, todo homem, fora de sua profissão, desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um filósofo, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção do mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui assim para manter ou para modificar uma concepção do mundo, isto é, para suscitar novas maneiras de pensar (GRAMSCI, caderno 12, 2000, p.53).

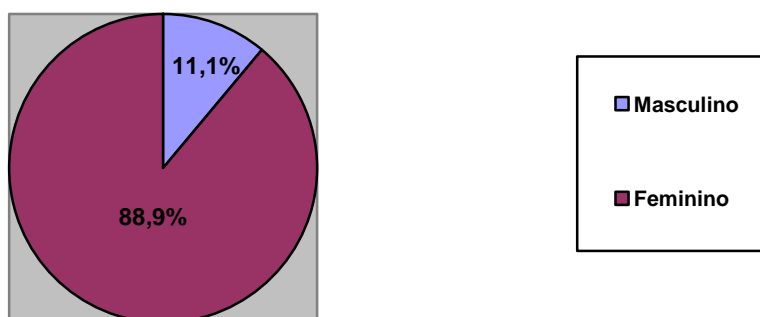
3.3 Perfil dos enfermeiros e enfermeiras do Hospital Escola Dr. José Carneiro.

Para a análise da educação permanente do HEJC, traçou-se o perfil dos enfermeiros objetivando conhecer melhor esse quadro de trabalhadores. Através da análise desse perfil, constataram-se alguns fatos relevantes para entender a questão

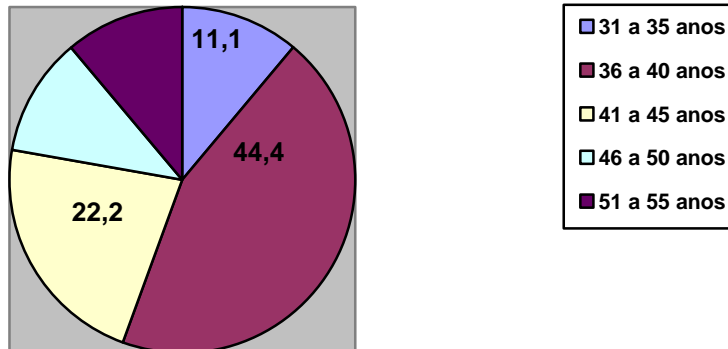
do atendimento, como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho, constatada também nas entrevistas.

Na ocasião da pesquisa, em 2007, havia no HEJC 47 (quarenta e sete) enfermeiros e enfermeiras, dos quais apenas 11,1% do sexo masculino, mostrando que a grande maioria do quadro é composta de profissionais do sexo feminino (88,9%); com faixa etária entre 31 a 50 anos de idade (90,4%); casados (as) (66,6%); de etnia branca (55,5%). Chamou a atenção o fato de essa categoria ser ocupada essencialmente por mulheres, merecendo uma investigação posterior. Um dos fatores pode estar relacionado à história da enfermagem, que teve sua origem com mulheres voluntárias que cuidavam de doentes. Ou estaria relacionado à divisão sexual do trabalho?

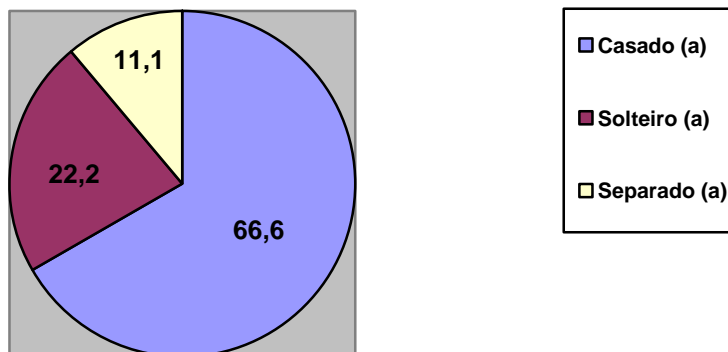
Gráfico 2: Sexo



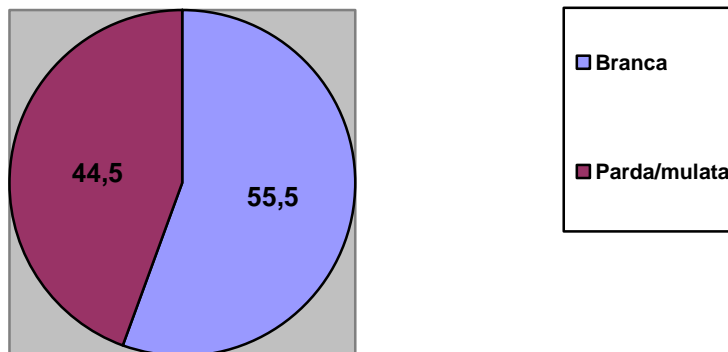
Com relação à idade, a maioria tem mais de 31 (trinta e um) anos e menos de 50 (cinquenta) anos de idade, ou seja, 11,1% têm entre 31 e 35 anos; 44,4% têm entre 36 a 40 anos; 22,2% têm entre 41 e 45 anos; 11,1% têm entre 46 e 50 anos e 11,1% estão entre 51 e 55 anos. Portanto, uma distribuição bastante equilibrada, com a maioria dos profissionais ainda jovens.

Gráfico 3: Faixa etária

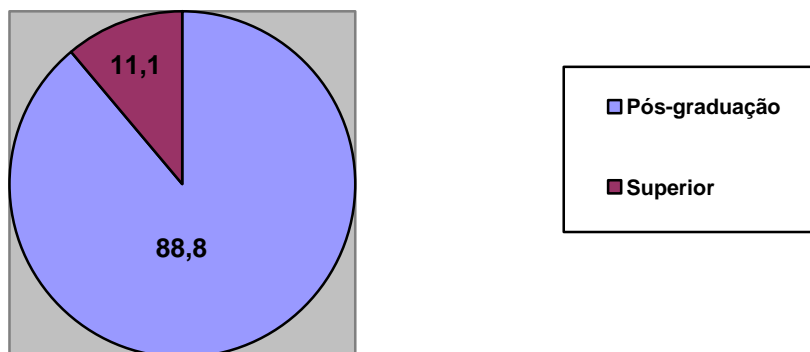
Quanto ao estado civil, 66,6% são casados, 22,2% estão solteiros e 11,1% estão separados.

Gráfico 4: Estado civil

Quanto à etnia ou raça, 55,5% se declararam de cor branca e 44,5% se declararam de cor parda ou mulata, não havendo nenhum profissional que se declarasse negro, oriental ou indígena.

Gráfico 5: Etnia ou raça

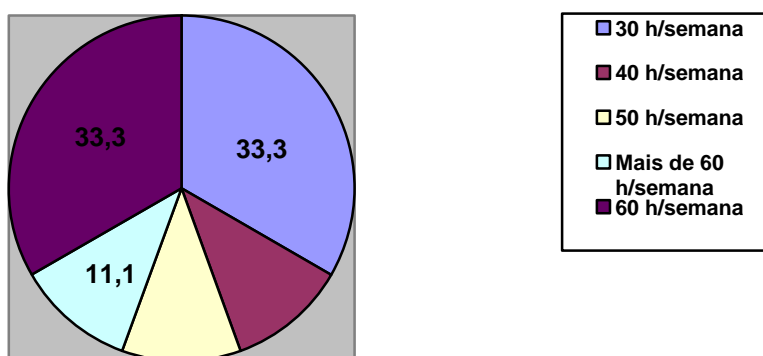
Com relação à escolaridade constatou-se que 88,8% têm pós-graduação com nível de especialização, nenhum tem mestrado ou doutorado, no entanto verificou-se através das entrevistas que há 2 (dois) enfermeiros(as) cursando mestrado. Esse dado é muito significativo, pois mostra o interesse da categoria em estar se aperfeiçoando continuamente, e deixa claro que não há falta de interesse em cursos de capacitação.

Gráfico 6: Nível de escolaridade

Com relação ao vínculo com outras instituições, 44,4% trabalham só no HEJC, 44,4% trabalham em duas instituições e 11,1% trabalham em três instituições. Portanto, em relação à carga horária, 33,3% trabalham 30 horas por semana, 11,1% trabalham 40 horas por semana. Enquanto 11,1% trabalham 50 horas por semana, 33,3% trabalham 60 horas por semana e 11,1% trabalham mais

de 60 horas por semana. Pode-se observar, a partir desses dados, uma sobrecarga muito elevada para a maioria, que trabalha mais de 40 horas por semana, havendo caso de até mais de 60 horas, o que acontece contra a lei. Esta sobrecarga pode causar problemas de saúde, interferindo diretamente no rendimento do profissional, portanto na qualidade do atendimento.

Gráfico 7: Carga horária



Quanto ao tempo de serviço no HEJC, observa-se que a maioria dos profissionais da enfermagem, 77,7 %, têm menos de 5 anos de trabalho, portanto entraram no último concurso, realizado em 2003. Os demais, 11,1%, têm entre 16 e 20 anos de trabalho, e 11,1% têm entre 21 e 25 anos de trabalho. Em termos organizacionais, isso significa que há um grupo de servidores jovens, concursados, com pouco tempo de trabalho no hospital (menos de cinco anos), porém trabalhando muitas horas por semana.

3.4 A Educação Continuada do Hospital Escola Dr. José Carneiro e a qualidade na assistência

Mesmo o Hospital Escola Dr. José Carneiro já existindo há mais de 40 anos, só em 2004 é que foram criados os Núcleos de Educação Continuada e o de Recursos Humanos, visando oferecer capacitação aos servidores do hospital. O

Núcleo de Educação Continuada desenvolvia ações para a área da enfermagem, tanto para os enfermeiros e enfermeiras, que são de nível superior, como para técnicos e auxiliares de enfermagem, que são do nível médio, enquanto o NRH procurava envolver todos os servidores do hospital, dando maior atenção para a área administrativa.

Com a implantação desses dois núcleos iniciou-se uma maior preocupação com o desenvolvimento dos servidores. Passaram então, esses dois setores, a desenvolver algumas ações em conjunto, como cursos, palestras e seminários, entre outras atividades, visando sempre melhorar a qualidade na assistência e buscando fazer com que os funcionários se sentissem mais valorizados, por acreditar que as pessoas são o bem mais precioso de uma instituição e por essa razão merecem total atenção.

Com os trabalhos desenvolvidos, o NEC visava “ampliar o nível de conhecimentos técnico-científicos do pessoal de enfermagem como requisito para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem no HEJC” (ALAGOAS, 2004). No entanto, constatou-se que os trabalhos desenvolvidos contribuíram para a qualidade na assistência, mas não eram suficientes para superar as dificuldades do dia-a-dia do hospital, de forma a manter um clima favorável que minimizasse as reclamações e melhorasse a qualidade na assistência.

Era necessário muito mais que boa vontade e disposição dos responsáveis. O clima de insatisfação e as reclamações continuavam; era preciso ampliar os estudos sobre os recursos humanos na área da saúde, aprofundando o conhecimento a respeito das questões que envolvem os profissionais da enfermagem, desenvolver pesquisas de cunho científico que subsidiem os trabalhos educativos do hospital, envolvendo toda comunidade hospitalar: gestores, coordenadores, pesquisadores, formadores de profissionais e os demais trabalhadores de saúde.

É preciso aprofundar os estudos, relacionando a teoria com a prática para encontrar alternativas que melhorem a qualidade dos serviços públicos. Entretanto, só haverá um resultado satisfatório se as demais áreas, como infra-estrutura, medicamentos, higienização, entre outras, forem supridas.

Só através do trabalho coletivo, em que todos os profissionais envolvidos no trabalho, não só da área de enfermagem, mas de todas as outras áreas, tenham oportunidade de opinar, de sugerir, de participar do planejamento a ser desenvolvido, de identificar e construir as políticas necessárias para uma boa assistência, é que se pode obter essa qualidade tão desejada. De acordo com Gramsci:

Através da discussão e da crítica colegiada (feita através de sugestões, conselhos, indicações metodológicas, crítica construtiva e voltada para a educação recíproca), mediante as quais cada um funciona como especialista em sua matéria a fim de complementar a qualificação coletiva [...] criam-se também as condições para o surgimento de um grupo homogêneo de intelectuais, preparados para a produção de uma atividade “editorial” regular e metódica. Indubitavelmente, nesta espécie de atividade coletiva, cada trabalho produz novas capacidades e possibilidades de trabalho (GRAMSCI, 2000, p.35).

Por qualidade na assistência entende-se o que está escrito na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007d), que determina:

todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O cuidado com a saúde é uma necessidade do ser humano, indispensável para uma boa qualidade de vida, além do que o acesso à saúde pública é um direito constitucional, fruto de muita luta, conforme consta no artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2007a).

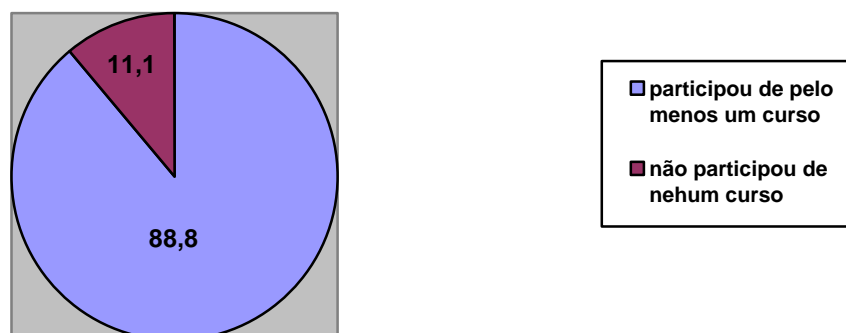
Essas conquistas constitucionais corroboraram para as muitas inovações no mercado de trabalho, ampliadas pela globalização, pelo crescimento econômico, pelo atual sistema capitalista; principalmente após a implantação do SUS, o trabalho em saúde se modificou bastante, passando a exigir dos profissionais maior escolaridade, mais flexibilidade, mais criatividade e novas competências para compreender e participar de um ambiente em que as decisões são mais complexas

e as interações sociais mais numerosas. Qualidades como capacidade de trabalhar com os outros e administrar conflitos tornam-se cada vez mais importantes.

De acordo com o levantamento da necessidade de treinamento (LNT), realizado em 2004 pelo NRH do HEJC, 82% (oitenta e dois por cento) do total de servidores do hospital declararam precisar de aperfeiçoamento profissional. Mesmo tendo sido perguntado aos profissionais, nesta mesma pesquisa, quais as capacitações necessárias para atender as suas necessidades, pouco foi feito para atender às solicitações, por absoluta falta de condições de trabalho tanto estruturais: física e material, como por falta de recursos financeiros e humanos e por absoluta falta de uma política institucional realmente direcionada para o desenvolvimento profissional.

Tanto o NRH quanto o NEC, mesmo estando ainda em fase de estruturação, desenvolveram algumas ações com a intenção de melhorar a qualidade na assistência, porém não foi suficiente para atender a toda a necessidade do hospital. Entretanto, com esta pesquisa ficou evidente o interesse e a necessidade de maior aprimoramento profissional por parte dos enfermeiros e enfermeiras. Quando foi perguntado se estes haviam participado de algum curso oferecido pelo Núcleo de Educação Continuada, 88,9% responderam já ter participado de pelo menos um dos cursos oferecidos e apenas 11,1% responderam não ter participado de nenhum curso, alegando que não tiveram oportunidade. Isso mostra claramente o interesse da classe trabalhadora, mesmo diante das dificuldades encontradas, como horário, sobrecarga de trabalho, estresse etc.

Gráfico 8: Participação em cursos



Outro dado bastante relevante detectado nesta pesquisa foi em relação aos cursos que poderiam ser oferecidos pelo NEC, ou seja: que capacitações eles gostariam de receber. As respostas obtidas mostraram uma grande necessidade de se trabalhar as relações interpessoais e a humanização, caracterizando a existência de conflitos, conforme descrita quando se justifica a importância desta pesquisa. A seguir, algumas solicitações de cursos:

- *Relacionamento interpessoal, com mais frequência;*
- *Sensibilização do cuidador (humanização);*
- *Sensibilizar o profissional para atender o cliente com mais humanização;*
- *Atendimento ao público;*
- *Aulas práticas, com passeios com os funcionários, incentivando o melhor convívio entre eles;*
- *Relacionamento interpessoal;*
- *Humanização do cliente externo. Percebe-se muitos cursos voltados para o aprimoramento de técnicas. Técnicas são importantes, porém sem a valorização do cliente, tornam-se frias e mecânicas;*
- *Humanização no cuidado ao cliente.*

Das 11 (onze) respostas obtidas, apenas 3 (três) pedem capacitação técnica, demonstrando claramente os problemas existentes na área de relacionamento. É preciso dar não apenas suporte técnico, mas também suporte emocional e psicológico, pois além das exigências do mundo atual, essa classe trabalhadora lida diariamente com o sofrimento do outro, com a dor e com a morte, com a falta de condições estruturais para atender a todos que procuram o hospital, muitas vezes vemos pacientes doentes voltando sem atendimento, o que contraria a determinação constitucional e fere o mais íntimo sentimento de humanidade e de solidariedade. A seguir, as solicitações referentes a cursos técnicos:

- *Técnicas de enfermagem;*
- *Todos que proporcionassem conhecimento científico relacionado com a área da saúde;*
- *Deveria ser oferecido um megacurso durante todo o ano, abrangendo assuntos gerais e específicos de enfermagem mais importantes, repetindo-os*

quantas vezes necessárias fosse, para atingir a todos, principalmente na fase de novas admissões.

Através dos dados, o Núcleo de Educação Continuada pode e deve desenvolver um trabalho que não só atenda às necessidades técnicas, mas também pode ser um meio para desenvolver o potencial intelectual, emocional e crítico dos servidores, contribuindo para a construção e implantação das políticas de desenvolvimento das pessoas, políticas que sejam construídas coletivamente, considerando as opiniões de todos os envolvidos, suas experiências e suas expectativas, dentro do contexto hospitalar.

As atividades desenvolvidas pelo NEC, voltadas para a área de enfermagem, tanto para o nível superior como para o nível médio, inclusive para estagiários das duas áreas, foram: cursos, palestras e seminários (ALAGOAS, 2004 e ALAGOAS, 2005). Os cursos oferecidos pelo NEC no período pesquisado foram: Insulinoterapia, Cálculo de Medicamentos, Administração Intramuscular na Região Ventre Glútea, Como Instalar Dispositivos Intravenosos e Heparinizados, Cuidados com as Vias Aéreas, Manuseio e Instalação dos Hemocomponentes e Reanimação Neonatal, Avaliação das Feridas para Posterior Conduta, Fisioterapia da Cicatrização de Feridas, Parada Cardiorrespiratória, Aspiração das Vias Aéreas, Cuidados de Enfermagem em Pacientes Entubados e Traqueostomizados, Tratamento Avançado de Feridas, Princípios Gerais na Administração de Medicamentos, Ética e Legislação no Ambiente Hospitalar, Prevenção e Tratamento de Feridas, Estomas Intestinais (ALAGOAS, 2004 e ALAGOAS, 2005).

As palestras foram: Noções de Higiene, Medicamentos Utilizados em Pediatria, Ética no Tratamento de Feridas, Tratamento Homeopático, DST e Câncer de Próstata e Colo Uterino, Exercício Profissional do Enfermeiro Frente aos Desafios do Cotidiano, O Cuidar de si para Cuidar do Outro, Ética e Humanização nos Serviços de Saúde, Responsabilidade Civil, Penal e Ética na Enfermagem, Saúde Mental no Trabalho, Auto-estima e Saúde da Mulher, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Avanços e Desafios do 'Cuidar' nos Diferentes Contextos da Enfermagem (ALAGOAS, 2004 e ALAGOAS, 2005).

Quando questionados sobre quais os cursos eles haviam participado, a grande maioria, 88,8%, respondeu ter participado do curso sobre feridas e 33,3% participaram do curso Ética em Enfermagem; os demais responderam diferentes cursos, inclusive alguns cursos oferecidos pelo NRH, como: relacionamento interpessoal, atendimento ao público e informática. A maioria das palestras e dos cursos foi técnica, havendo algumas palestras sobre auto-estima e o cuidar de si para cuidar do outro. Não houve nenhuma palestra ou curso que trabalhasse as relações interpessoais e apenas uma palestra tratou da humanização.

Ficou claro que faltou um trabalho direcionado às relações interpessoais, como também não houve nenhum trabalho interdisciplinar, que seria de fundamental importância tanto para trabalhar as questões operacionais como para estreitar o relacionamento entre as diversas áreas.

Percebeu-se ainda, através de relatórios (ALAGOAS, 2005), da escuta como coordenadora de RH e da observação *in loco*, a partir da experiência de mais de 20 (vinte) anos na área, uma “aparente falta de interesse” dos profissionais em participar das atividades oferecidas, entretanto os dados confirmam que não havia desinteresse em participar dos eventos e sim faltava disponibilidade de tempo, devido à grande carga horária dos profissionais, como também faltava motivação, pelas más condições de trabalho, comprovadas nas entrevistas.

Acho que dificulta muito. Hoje eu vejo isso como um grande problema, porque quando você tem dois, três empregos, porque a média dos nossos colegas, profissionais da área de enfermagem, tem dois, três empregos, normalmente o que acontece? Você não se dedica, então o servidor chega à unidade muitas vezes já cansado, às vezes vai mais pra unidade pra descansar do que pra trabalhar. Acho que compromete demais, porque quando você tem dois, três empregos, ele não tem tempo pra estar participando de cursos, e alguns cursos era justamente no horário que estava trabalhando em outra unidade, então começava um curso e muitas vezes não conseguia terminar (ENTREVISTA Nº 2).

É preciso observar, analisar e estudar os motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores e o nível de significado expressos pelos enfermeiros e enfermeiras do HEJC, procurando valorizar suas falas e suas práticas, já que não se pode separar a mente humana de sua subjetividade, emoções e valores. Acredita-se ser possível, através da educação permanente:

1. Melhorar a formação profissional e, por conseguinte, propiciar serviços sociais (educação, saúde etc.) de melhor qualidade; 2. potencializar o controle que esses profissionais passam a exercer sobre o conhecimento ou a teoria que orienta os seus trabalhos; 3. influenciar as mudanças institucionais nos locais de trabalho desses profissionais; 4. Contribuir para que as sociedades se tornem mais democráticas e mais decentes para todos (ZEICHNER E PEREIRA, 2005, p.64).

Esta pesquisa procurou investigar, também, se os cursos e demais eventos oferecidos contribuíram para melhorar a prática profissional de cada um e de que maneira contribuíram, e as respostas obtidas foram as seguintes:

- *Contribuiu, pois adquiri novos conhecimentos sobre os assuntos;*
- *Sim, toda a informação é útil. Quando essas informações são parte de seu trabalho, já sabemos e praticamos, então só vêm para somar;*
- *Sim, pois trouxeram aprimoramento da prática, novos conhecimentos em procedimentos e produtos e relação, digo, maior contato entre os profissionais;*
- *O conhecimento é fundamental para uma boa prática profissional;*
- *Sim, todo conhecimento edifica;*
- *Sim, sempre acrescentamos algum aprendizado aos nossos conhecimentos;*
- *Contribuíram para a melhoria do conhecimento científico, ajudando assim no meu dia-a-dia como profissional;*
- *Sim, todo conhecimento contribui para melhorar nossa prática profissional;*
- *Para o aprimoramento de técnicas;*
- *Conhecer novos produtos utilizados;*
- *Para atualização;*
- *Padronização de procedimentos.*

Estas respostas evidenciam que, apesar da precariedade do hospital, o trabalho desenvolvido pelo NEC corroborou para a aquisição de novos conhecimentos e para o aprimoramento da prática, já que 100% responderam que sim, que contribui. Todas essas questões ressaltam a importância do trabalho de pesquisa na instituição, uma vez que identificam as verdadeiras necessidades dos profissionais, oferecem embasamento teórico para o desenvolvimento das atividades e possibilitam construir um ambiente mais satisfatório para os envolvidos.

À pergunta: Você acha que, através de cursos e palestras, os profissionais da enfermagem podem melhorar o atendimento oferecido aos pacientes? Por quê?, as respostas foram as seguintes:

- *Com certeza. Embora necessite maior envolvimento dos profissionais;*
- *Sim, porque é necessário sempre aprender coisas corretas para atendimento com os nossos usuários;*
- *Sim;*
- *Em parte, não só os cursos como também a valorização profissional do cliente interno, através de incentivos, promoções, bônus, plano de carreira. etc.;*
- *Em parte. Valorizar o profissional também o incentiva para melhor atender o cliente;*
- *Sim, toda vez que o profissional participa de cursos ou palestras ele se atualiza, podendo assim prestar uma assistência melhor ao paciente;*
- *Claro, pois sempre adquirimos novos conhecimentos e até relembramos. Não só isso, isto faz parte.*

Estas respostas confirmam a pergunta anterior, porém acrescentam um dado importante que se refere à valorização dos profissionais. Um dos fatores que causam insatisfação, desmotivando os profissionais, é justamente o sentimento de desvalorização, ou seja, quando a instituição não oferece as condições necessárias para que eles desempenhem bem suas funções e para que se sintam prestigiados e reconhecidos pelo seu trabalho. Como foi declarado nas entrevistas:

Quando falta material, você compromete a assistência [...] gera muita reclamação por parte do paciente. Ele fica cobrando, o pessoal começa a se estressar [...] se sente angustiado, porque tem profissionais que são comprometidos, que querem prestar o cuidado, mas não podiam devido a falta de material. Não era só isso não, a questão de estrutura, de conforto para o cliente, era um ar-condicionado que quebrava e não consertava, era a questão da higienização, era questão de pintura no local, até de vazamento a gente tinha problema, problema de esgoto. A gente tinha que estar transferindo paciente e isso causava sérios transtornos, incomoda o paciente (ENTREVISTA Nº 2).

O que eu percebia mais era sucateamento, uma estrutura péssima, anti-higiênica [...] Então o profissional se sente assim: desestimulado, desinteressado. Foi feito um trabalho com a lavanderia, com a higienização, com os auxiliares de enfermagem, mas a gente via que era difícil [...] qual o profissional que vai se sentir estimulado com uma situação daquela? (ENTREVISTA Nº 3).

Na questão “quais os pontos positivos dos cursos e palestras realizados”, as falas foram satisfatórias mostrando mais uma vez que o trabalho valeu a pena. É importante ressaltar que os instrutores eram do próprio núcleo, na maioria das vezes o próprio coordenador ou convidados voluntários, já que não havia verba para contratar especialistas.

- *Palestrantes bons, coffee-break bom, palestras boas;*
- *Conhecer mais; é evolução;*
- *O tema;*
- *Instrutores qualificados/especialistas;*
- *Atualização;*
- *Qualidade dos instrutores;*
- *Bons instrutores;*
- *Melhorar os conhecimentos dos profissionais;*
- *Todos. Muita perseverança, garra, determinação para conseguir realizar, devido às condições que se tinha.*

Quanto aos pontos negativos, as respostas relatadas foram basicamente em relação ao espaço físico, que realmente era muito pequeno; “pouco envolvimento da direção do hospital” – esse dado reforça o sentimento de desvalorização dos servidores, que se sentiam desprestigiados; um registro de que os cursos apresentados às vezes não eram o que “estávamos necessitando e sim o que se conseguia” e “os cursos eram apresentados sem antecedência” – esses dados confirmam a pouca estrutura do setor e a falta de um trabalho coletivo, no qual as pessoas realmente tivessem oportunidade de expressar suas necessidades e suas opiniões. Eis as respostas na íntegra:

- *Local pequeno;*
- *Pouco envolvimento da direção do Hospital;*
- *Aprender sempre é positivo;*
- *Espaço físico (auditório) pequeno para a demanda;*
- *Material didático (falta ou de inferior qualidade);*
- *Espaço físico pequeno do auditório;*
- *Falta de envolvimento das equipes multiprofissionais. Local pequeno;*

- *Nenhum, porém achamos que os cursos apresentados às vezes não eram o que estávamos necessitando e sim o que se conseguia (palestrante). Também os cursos eram apresentados sem antecedência, e muitas pessoas não tomavam conhecimento a tempo;*
- *Nenhum.*

Trabalhar a Educação Continuada com a área da enfermagem requer um exercício de pensar e encontrar alternativas de fazer saúde de forma intensa, proporcionando não só o conhecimento técnico, mas cuidando também de suas emoções e de suas relações interpessoais, já que este profissional está em contato direto com o paciente, que ouve, que toca, que acolhe. Para Moraes (2007), “ensinar alguém a cuidar de outro mobiliza emoções e sentimentos entre todos os envolvidos neste processo: contato com sangue, humores corporais e secreções; convívio com seqüelas; interação com os estados de aflição e de retorno à integridade física e/ou mental”.

Ainda há muito por realizar; faz-se necessário implementar critérios e procedimentos que possibilitem transformar a atual situação em novas orientações que tornem o ambiente de trabalho mais agradável, menos conflituoso, onde os profissionais de todas as áreas possam trabalhar de forma integrada, trocando experiências, compartilhando o conhecimento e conscientes de suas responsabilidades e de seu papel na transformação social, onde cada um possa se sentir valorizado e respeitado no exercício de sua cidadania. Só então se poderá afirmar que os pacientes têm assistência de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem enfrentado várias crises no setor da saúde, principalmente na região Nordeste, o que tem causado grande inquietação por parte de alguns grupos da população, fazendo surgir vários movimentos sociais que têm atuado no sentido de cobrar medidas mais eficientes por parte dos governantes. Procurando dar resposta a estas crises e as reivindicações da população, os governantes têm adotado diversas medidas políticas, publicando leis, decretos e normas. Entretanto, essas crises vêm se acentuando ao longo dos anos, tanto do ponto de vista financeiro quanto no que se refere à ausência de resolutividade dos problemas de saúde individuais e coletivos, o que tem gerado grande insatisfação social.

Em Alagoas, a saúde também tem uma história de muita luta e sofrimento, mas também de algumas vitórias. Nessa longa caminhada em que se registram tantos altos e baixos, os problemas giram sempre em torno das mesmas questões, ou seja: problemas estruturais, falta de recursos financeiros, poucos profissionais para cobrir todo o Estado. As políticas públicas de saúde não têm dado conta de atender a todas as necessidades da população, de forma a possibilitar o acesso, especialmente das classes populares, ao atendimento médico-hospitalar.

Diante desse quadro que parece cada vez mais difícil, devido à grande dimensão dos problemas, cabe à educação um papel muito importante, já que esta é responsável pela formação profissional de nossos trabalhadores, além de sua área de atuação não se limitar só aos bancos universitários, mas continuamente, através dos cursos e capacitações que são feitos por toda a vida. A tarefa de educar, em nosso tempo, implica conseguir pensar e agir de modo a contribuir para a transformação social, o que carece da interação coletiva dos educadores. Andrioli, (2008) referindo-se a educação, afirma que:

a produção teórica só tem sentido se for feita sobre a prática, com vistas a transformá-la. Portanto, para que haja condições efetivas de construir uma escola transformadora, numa sociedade transformadora, é necessária a predisposição dos educadores também pela transformação de sua ação educativa e “a prática reflexiva deve deixar de ser um mero discurso ou tema de seminário, ela objetiva a tomada de consciência e organização da prática” (ANDRIOLI, 2008).

Sabe-se que a formação de qualquer profissional não cessa com a conclusão de um curso de graduação ou mesmo de pós-graduação, nem com sua entrada no mercado de trabalho. É necessário investimento constante em conhecimento para que se acompanhem todas as mudanças que ocorrem no mundo atual em todas as áreas, especialmente no que diz respeito à saúde. Cabe aos educadores que atuam na saúde uma determinação, um compromisso, uma responsabilidade imensa com a prática pedagógica, na busca dessa transformação. Pois o que se deseja, numa perspectiva crítica, é uma formação permanente, abrangente, que envolva equipes e vise transformar as práticas através do trabalho conjunto. As prioridades devem ser construídas coletivamente, levando em consideração a realidade e as necessidades locais.

Há muitos espaços a serem conquistados. A educação pode ser um dos caminhos que ajudem na conquista desses espaços, uma vez que ela integra o indivíduo ao meio social e proporciona uma maior capacidade de autonomia. Por isso, torna-se relevante mostrar que a educação também tem uma importância eminentemente social.

Para alguns, a educação representa também uma possibilidade de ascensão social através de uma melhor qualificação profissional. Muitos acreditam que podem conquistar novos espaços de trabalho, podendo assim obter melhores salários. Porém o maior bem que a educação pode proporcionar ao indivíduo é o desenvolvimento de sua capacidade intelectual, possibilitando o entendimento do contexto em que vive e proporcionando autonomia para o pleno exercício da cidadania.

Com os avanços do mundo moderno, o conhecimento tornou-se fragmentado. A cada dia surgem novas especializações, novas tecnologias; essas novas descobertas exigem que os profissionais estejam se capacitando continuamente para enfrentar as dificuldades encontradas no trabalho. Essa fragmentação, aliada a tantas outras questões, causa desconforto e às vezes desorganização nos hospitais, deixando dúvidas sobre a divisão das responsabilidades. Isso faz com que haja maior atraso na resolução dos problemas.

Para superar essa fragmentação surge a necessidade de um trabalho interdisciplinar que envolva profissionais de várias áreas do conhecimento, valorizando a coletividade, abrindo espaços para que o conhecimento seja compartilhado e as situações de crise resolvidas com maior agilidade. Na saúde, a agilidade é imprescindível para um bom atendimento. Através da educação permanente, a interdisciplinaridade pode se tornar uma aliada para ajudar na busca da solução dos problemas, sabendo que a capacidade de reconhecer situações interdisciplinares é uma habilidade que pode ser desenvolvida por toda a equipe.

Apesar das grandes dificuldades, a saúde em Alagoas também teve alguns ganhos, entre eles a criação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde, que atualmente tem na sua estrutura: quatro hospitais, oito faculdades, uma unidade de ensino profissionalizante, entre outras unidades. Mas o desafio continua; é necessário maior investimento e mais atenção às políticas públicas já existentes, e a criação de novas políticas que estreitem essa distância, fazendo com que todos tenham acesso ao atendimento com qualidade, como determina a Constituição Federal.

É preciso também maior investimento na qualidade de vida do servidor e no resgate de sua auto-estima, oferecendo-lhe alternativas que possam repercutir positivamente no desempenho de suas funções, especialmente no atendimento às pessoas que procuram as instituições de saúde pública, garantindo um direito constitucional e contribuindo para o pleno exercício da cidadania dos indivíduos.

Constatamos, através desta pesquisa, que o Núcleo de Educação Continuada do HEJC contribuiu para melhorar a qualidade na assistência aos usuários do hospital em estudo, mesmo não existindo um trabalho interdisciplinar, já que os cursos e palestras eram direcionados para a área da enfermagem. Mas, havia uma participação coletiva, embora que direcionada para atender as demandas mais urgentes, entretanto as capacitações realizadas eram, na maioria das vezes, de acordo com as necessidades explicitadas pelas equipes de enfermeiros, como declarado nesta fala:

os cursos eram preparados e definidos depois de um levantamento do trabalho diário dos setores, então, sentava-se com a supervisor(a) diária, que tava de plantão, já que cada dia era uma diferente, então procurava atacar as

necessidades daquele setor, perguntava-se o que vocês têm mais dificuldade aqui? O que é mais urgente que seja trabalhado aqui? Então era feito nesse sentido (ENTREVISTA Nº 3).

Foram relatadas duas situações que prejudicavam a qualidade da assistência e causava todo aquele desconforto que motivou a pesquisa, aquela insatisfação colocada no problema da pesquisa. Primeiro, é a questão estrutural e, em segundo lugar, a grande carga horária dos trabalhadores pesquisados: ambos os aspectos caracterizam a precariedade do trabalho na saúde.

Com relação à estrutura física os problemas eram gigantescos, embora nem sempre notados à primeira vista. Retratando a fala dos sujeitos investigados, citam-se as seguintes: a estrutura era velha, com problemas de esgoto, de mofo, de pintura; havia vazamento, faltavam medicação e equipamentos básicos; faltava material de higiene; havia aparelhos quebrados e ultrapassados. “O problema é do sistema mesmo [...] complica de modo geral pra todo mundo” (ENTREVISTA Nº 01).

As palavras usadas pelos próprios profissionais para expressar os sentimentos em relação a essa situação eram: desinteresse, desestímulo, angústia, reclamações, estresse, desânimo, sensação de impunidade, de pouco caso, de irresponsabilidade, de revolta. Enquanto outra pessoa falava: “por melhor treinamento que você tenha, por melhor profissional que você tenha, mas vai ser sempre ruim (a assistência)”.

Em relação à carga horária, observou-se que os profissionais da saúde, nesse caso os enfermeiros, trabalham muitas horas por dia; a maioria tem dois ou mais empregos, alguns já chegaram a ter quatro empregos, portanto, uma carga horária igual ou superior a sessenta horas por semana. O que dificulta não só a participação em cursos e treinamentos, como compromete a qualidade da assistência, pois esses profissionais já chegam ao trabalho, cansados do trabalho anterior.

Tanto o NRH quanto o NEC desenvolveram ações com o propósito de melhorar a qualidade na assistência, entretanto essas ações não foram suficientes para atender à necessidade do hospital, nem tinham como intervir nos problemas estruturais. Esta pesquisa confirma a necessidade de maior investimento na formação profissional e principalmente demonstra o interesse dos enfermeiros e

enfermeiras na formação continuada, bem como em melhorar a qualidade da assistência, mesmo diante das dificuldades encontradas: como horário; sobrecarga de trabalho; estresse etc.

O Hospital Escola Dr. José Carneiro, apesar de todos os problemas apresentados, também presta um grande serviço à população carente do Estado de Alagoas, chegando a efetuar por mês, em média, 15.000 procedimentos ambulatoriais, 200 internações e até 200 cirurgias e minicirurgias, além de receber inúmeros estudantes dos cursos de medicina, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia da UNCISAL e de outras faculdades de Maceió, sendo, portanto, fundamental para o processo ensino-aprendizagem desses alunos¹³.

Diante de desafios tão grandes, as respostas não são fáceis, nem claras; dependem de vários fatores externos e internos, e da elaboração e implementação de políticas públicas e sociais voltadas para a população.

Espera-se, com esta pesquisa, contribuir de forma mais efetiva para que haja mudanças no que se refere às ações do Núcleo de Educação Permanente e do Núcleo de Recursos Humanos das instituições de saúde, para que, através do trabalho coletivo e interdisciplinar, com uma formação mais reflexiva, sejam oferecidos serviços de excelente qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

¹³ Dados obtidos através do relatório do Núcleo de Processamento de Dados (NPD) do HEJC, do ano de 2005.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Lei nº 6.660**, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a reestruturação da Universidade Estadual das Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió. Assembléia Legislativa, 2005. Disponível em www.gabinetecivil.al.gov.br/legislação/leis acessado em 17/12/2007a.

_____. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI)**, 2005-2009: da Universidade da Ciência da Saúde de Alagoas. Disponível em www.uncisal.edu.br, acessado em 17/12/2007b.

_____. Hospital Escola Dr. José Carneiro, **Serviço de Educação Continuada**, Relatório anual, Maceió, 2004.

_____. Hospital Escola Dr. José Carneiro **Serviço de Educação Continuada**, Relatório anual, Maceió, 2005a.

_____. Hospital Escola Dr. José Carneiro. **Relatório das atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Recursos Humanos no ano de 2005**. Maceió, 2005b.

ANDRÉ, Marli E. D. A. & Ludke, Menga. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas, São Paulo: EPU, 1986.

ANDRIOLI, Antônio Inácio. As políticas educacionais no contexto do, **Revista Espaço Acadêmico**, ano II, nº 13, junho de 2002, disponível no site: <http://www.espacoacademico.com.br/013/13andrioli.htm>, acessado em 10/05/08.

APPLE, Michael W. **Ideologia e currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

ARRETCHE, Marta; HOTCHMAN, Gilberto; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2007.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Adolpho Lutz: um esboço biográfico**, Hist. cienc. saude-Manguinhos, v.10, n.1, Rio de Janeiro, jan./abr. 2003. Disponível no site: www.scielo.com, em 02/02/2007.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo, Vicente de Paula Faleiros; Jacinta de Fátima Senna da Silva; Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos Rosa Maria Godoy Silveira. CD, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**, Disponível em www.planalto.gov.br, acessado em 22/01/2007a.

BRASIL, 2004. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desenv_humano/educacaopermanente/PORTARIA, acessado em 02/02/2007b.

_____, 2006. **Decreto nº 5.707** de 23 de fevereiro de 2006, disponível em www.saude.gov.br, acessado em 25/02/2007c.

_____, 2006. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**, disponível em www.saude.gov.br, acessado em 23/11/2007d.

_____. **HumanizaSUS**: política Nacional de humanização. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf, acessado em 05 de maio de 2008a.

_____, **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006 - IDB-2006**, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/e01.def>, acessado em 05 de maio de 2008b.

_____. **VII Conferencia Nacional de Saúde**, disponível no site http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0218VIIcns_anais.pdf, acessado em 16 de maio de 2008c.

CALEFFE, Luiz Gonzaga & MOREIRA, Heriveton. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**, Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente as condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005, 344f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005a.

_____. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b.

COSTA. Terezinha de Jesus Thibes Bleyer Martins. Caminhos percorridos pelo Dr. Jorge Clarke Bleyer nos campos da medicina tropical e da pré-história brasileira, **História e ciências da saúde** – Manguinhos, v.10, n.1, Rio de Janeiro: jan./abr. 2003. Disponível em: www.scielo.com, acessado em 02/02/2007.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino & LIMA Maria de Fátima. **Saúde, sociedade e governo**, texto apresentado às etapas municipais e estadual-RN, da IX Conferencia Nacional de Saúde, mimeo, 1992. Disponível no site: <http://www.ufrnet.br/~scorpius/31-Saude-soc%20e%20gov.htm>, acessado em 20 de maio de 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e Desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: Módulo 3, **Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 2000.

FÁVERO, Osmar. (org.) **A Educação nas Constituintes Brasileiras**: 1823 – 1988. 2ª ed. Campinas/SP: Autores Associados, 2001.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciências Saúde Coletiva**, v.8, n.2, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: www.scielo.com, acessado em 19/01/2007.

GOODSON, Ivor F. **Currículo**: teoria e história. Petrópolis: Vozes, 1995.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 2: Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Trad. Carlos Nelson Coutinho, Marco Aurélio Nogueira e Luiz Sérgio Henriques, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 21ª ed. revista. Rio de Janeiro: Foliada, 1986.

LOPES, Alice Casimiro. Parâmetros curriculares para o ensino médio: quando a integração perde seu potencial crítico. In: LOPES, Alice Casimiro, MACEDO, Elizabeth, (orgs.). **Disciplinas e integração curricular**: histórias e políticas. Rio de Janeiro: DPA, 2002.

_____, Alice Casimiro, MACEDO, Elizabeth, (orgs.). **Currículo**: debates contemporâneos. São Paulo: Cortez, 2002.

_____, Alice Casimiro. Políticas Curriculares: Continuidade ou mudanças de rumo? **Revista Brasileira de Educação**, Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em educação, Maio - ago. nº. 26, 2004, São Paulo, Brasil, pp. 119-118,

LUZ, Madel Therezinha. **Dicionário da Educação Profissional da Saúde**, Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

LUZ, Madel Terezinha. **O Instituto Oswaldo Cruz**. In: LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: Políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218p. p.189-214. disponível no site; <http://www4.prossiga.br/chagas/sobrech/sec/eh-690.PDF>, acessado em 05/06/2007.

MACEDO, Elizabeth. Formação de professores e diretrizes curriculares nacionais: para onde caminha a educação? In: **Reunião Anual da ANPED**, 23, 2000. Caxambu (MG). Anais. 1 CD-ROM.

MACHADO, R; Loureiro A; Luz R. & Muricy K. **Danação da Norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEHRY, E. E. **O capitalismo e a Saúde Pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, Campinas: Papyrus, 1985.

MELO, Adriana Almeida Sales de. **Educação e hegemonia no Brasil de hoje**. Maceió: Edufal, 1998.

_____. **A mundialização da educação**: consolidação do projeto neoliberal na América Latina, Brasil e Venezuela. Maceió: Edufal, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão de políticas públicas: estratégias para construção de uma agenda 9 (1), disponível no site <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso9/TMenicucci.html>, acessado em 30/03/2007.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, v. 24, n. 2, 1991.

MORAES, C. S. Vidigal. Educação permanente: direito de cidadania, responsabilidade do Estado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: EPSJV, v. 4, n. 2, p. 395-416, 2006. Disponível no site www.epsjv.fiocruz.br, acessado em 20/10/2007.

_____. Currículo e competência. In: LOPES, Alice Casimiro, MACEDO, Elizabeth (orgs.). **Disciplinas e integração curricular: histórias e políticas**. Rio de Janeiro, 2002.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. (org). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley, SIQUEIRA, Ângela C. (orgs.). **Educação Superior: uma reforma em processo**. São Paulo: Xamã, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciências Saúde Coletiva**, v.5, Rio de Janeiro, n. 2, 2000. Disponível em: www.scielo.br/scielo, acessado em 19/01/2007.

PÉREZ Gómez A. I. Compreender o ensino na escola: modelos metodológicos de investigação e educativa. In: SACRISTAN J. & GOMEZ, A. I. **Compreender e transformar o ensino**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PEREIRA-NETO, A. F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica, **Caderno Saúde Pública**, v.11, Rio de Janeiro, out./dez, n.4, 1995. Disponível no site www.scielo.com, em 19/01/2007.

PIZZI, Laura Cristina Vieira; VIEIRA, Ana Cristina Nascimento Cavalcante. Teorias do currículo e educação profissional: contribuições para o debate em torno da identidade profissional hoje. **Educação**, ano 13, n. 22, p. 137-156, jun. 2005.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2002.

RIBEIRO, Maria Luiza Santos. **História da educação brasileira**: a organização escolar. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

ROCHA, Filho. A saúde pública em Alagoas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (OSP); 15(12): 1169-72, dic. 1936. Disponível no site <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v15n12p1169.pdf>, acessado em 15 de maio de 2008.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SANTOS FILHO, José. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: SANTOS FILHO, José; GAMBOA, Silvio (org.). **Pesquisa educacional**: quantidade e qualidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2ª edição, Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

SKINNER, Quentin. **As fundações do pensamento político moderno**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOBRAL, Fernanda A. da Fonseca. Educação para a Competitividade ou para a Cidadania Social? **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n.1, São Paulo, jan./mar. 2000, disponível em: www.scielo.com.br, acessado em 05/02/2007.

TAVARES, Maria das Graças Medeiros. **Educação brasileira e negociação política**: o processo constituinte de 1987 e gestão democrática. Maceió: EDUFAL, 2003.

TYLER, Ralph W. **Princípios básicos do currículo e ensino**. Porto Alegre: Globo, 1975.

WEFFORT, Francisco. (org.). **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 1989

ZANCHETTA, Margareth Santos; & LEITE, Lígia Costa. Tendências, redefinição de agenda temática e inovação metodológica para a pesquisa qualitativa em saúde. **Educação em Foco**. Juiz de Fora, v.11, nº 1, p.109 – 134, mar/ago, 2006.

ZEICHNER, Kenneth M.; PEREIRA, Júlio Emílio Diniz. Pesquisa dos educadores e formação docente voltada para a transformação social. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 125, p. 63-80, maio/ago. 2005.