



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARICÉLIA MAIA DE LIMA

**OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA: UM ESTUDO DE CASO**

Salvador
2010

MARICÉLIA MAIA DE LIMA

**OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Norma Carapiá Fagundes

Salvador
2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,
Escola de Enfermagem, UFBA.

Lima, Maricélia Maia

L732 p

Os processos de capacitação em vigilância epidemiológica:
um estudo de caso. / Maricélia Maia Lima. – Salvador, 2010

108 f.: il

Orientadora: Prof^a Dr^a Norma Carapiá Fagundes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2010.

1. Vigilância epidemiológica. 2. Educação Permanente. I. Fagundes,
Norma Carapiá. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem. III. Título.

CDU 614.4

Maricélia Maia de Lima

**OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO
EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com área de concentração em Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada, 26 de fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Norma Carapiá Fagundes *Norma B. Fagundes*
Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa *Heloniza O. G. Costa*
Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia

Marluce Maria Araújo Assis *Marluce Marie Araújo Assis*
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Cristina Maria Meira de Melo _____
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico aos meus pais (Maria Maia de Lima e Manoel Cordeiro de Lima) responsáveis pelos principais ensinamentos da minha vida e por me ensinarem a valorizar o saber e a buscar outros horizontes.

Aos meus filhos queridos: Marina e Julinho, meus dois amores, fonte de inspiração e renovação.

Ao meu esposo, Júlio por compartilhar comigo todos os momentos e me apoiar sempre, sem cobranças, apenas por amor e respeito.

Aos meus irmãos: João, Leide, Nio, Edivan (*in memoriam*), Eliel e Léa que estão sempre comigo, torcendo, apoiando, incentivando e, desta forma, tornando as coisas mais fáceis na minha vida.

A todos da minha família, as pessoas mais importantes da minha vida, porque estão felizes com a minha felicidade e vibram com as minhas conquistas pessoais e profissionais. Nesse momento, quero compartilhar com todos vocês mais esta alegria.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Norma Carapiá Fagundes, pelo empenho, dedicação e compromisso que sempre demonstrou durante todo o processo de orientação do mestrado.

À professora Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis, que desde a graduação tem sido um exemplo de profissional. A minha admiração pela sua luta incansável em defesa da Saúde Pública.

À professora Dr^ª Heloniza Oliveira Gonçalves, pelas contribuições e disponibilidade em analisar este estudo desde a qualificação.

À professora Cristina Maria Meira de Melo, pelas preciosas observações e sugestões neste meu caminhar como pesquisadora.

Às minhas grandes amigas e incentivadoras, que sempre estiveram presentes em todos os momentos nessa minha caminhada: Silvone, Erenilde e Eva.

À equipe da vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, que contribuiu muito para a realização desse estudo, participando das entrevistas.

Aos trabalhadores da saúde que atuam na Atenção Básica, pela disponibilidade em contribuir com a construção desse estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, na pessoa do secretário de saúde, João Carlos Lopes Cavalcante, por contribuir autorizando a realização da pesquisa.

À Janice Soares de Brito Estrela, Coordenadora da Divisão de Vigilância Epidemiológica, e Ana Cristina Silva Farias Fraqueira, Coordenadora da Seção de Capacitação Permanente, por aceitarem participar desta pesquisa.

Aos companheiros (as) de viagem durante o mestrado: Ana Clara, Luciano, Rosana, Marluce, Kátia, pela troca de experiências e por compartilharem de todos os momentos nessa caminhada, incentivando-me e me ajudando a vencer os obstáculos.

Aos demais colegas do mestrado, com os quais, durante esse período, socializamos o aprendizado e dividimos preocupações e alegrias.

Às novas colegas do mestrado e doutorado: Elaine, Aline e Michelle, por compartilharem dos momentos durante as viagens Feira-Salvador, tornando-as menos cansativas e mais alegres.

Meu agradecimento a todos e a todas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo.

LIMA, Maricélia Maia. **Os processos de capacitação em vigilância epidemiológica: um estudo de caso**. 2010. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, através de um estudo de caso, que tem como objetivo analisar os processos de capacitação em Vigilância Epidemiológica (VE) em um SUS municipal. O referencial teórico está embasado nos fundamentos conceituais da Educação enquanto ação transformadora, com ênfase nas concepções da Educação Permanente em Saúde (EPS). Os dados primários foram coletados através de entrevista semi-estruturada com gestores, trabalhadores da vigilância epidemiológica, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Saúde da Família (USF). Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática, de Bardin (1979). A pesquisa demonstrou que os processos de capacitação em VE são predominantemente caracterizados como pontuais, técnicos, emergenciais, impositivos e centrados nas doenças, evidenciando a hegemonia do modelo biomédico. Quanto ao planejamento e avaliação, foram considerados pouco participativos. A (des) integração do trabalho e pouca articulação intra e intersetorial, com processos de capacitação descontextualizados da realidade dos serviços, foram evidenciados. Entretanto, de forma incipiente, foram apontadas experiências inovadoras, com processos de capacitação mais participativos e com o uso de metodologias vinculadas ao contexto do trabalho das equipes de saúde. Para os sujeitos da pesquisa, os processos de capacitação em VE são importantes e necessários; porém, da forma como vêm sendo desenvolvidos, mostram-se pouco eficazes para promoverem mudanças significativas nas práticas dos trabalhadores e nas organizações. Desta forma, conclui-se que os processos de capacitação em VE podem se constituir em estratégias de gestão, de mudanças de práticas e do modelo de atenção, desde que estes se aproximem das concepções da Educação Permanente em Saúde, onde o espaço de trabalho se constitua em um espaço de ensino – aprendizagem para gestores, trabalhadores e população em busca de mudanças para a saúde.

Palavras-chaves: processos de capacitação; vigilância epidemiológica; educação permanente em saúde; trabalhadores da saúde.

LIMA, Maricélia Maia. **The processes of training in epidemiological surveillance: a case study**. 2010. 94f. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

This is a qualitative research through a case study and aims to analyze the processes of training in epidemiological surveillance (VE) in a municipal SUS. The theoretical framework is grounded in the conceptual foundations of education as a transformative action, with emphasis on the concepts of Continuing Education in Health (EPS). The primary data were collected through semi-structured interviews with managers, workers in epidemiological surveillance (VE), the Basic Health Units (UBS) and the Family Health Units (USF). Secondary data were obtained through analysis of documents. Data analysis was used thematic content analysis of Bardin (1979). The research showed that the training processes in VE are predominantly characterized as ad hoc, technical - emergency, tax and focused on diseases, highlighting the dominance of the biomedical model. As for the planning and evaluation, these were considered not very participatory. A (dis) integration of work and little intra and intersectoral, with training processes decontextualized from the reality of services and workers were observed. However, as well, were pointed out innovative experiments, with more participatory training processes and the use of methodologies related to the reality of the context of the work of health teams. For the subjects training processes in VE are important and necessary, but the way they are developed is shown to be ineffective to bring about significant changes in the practices of employees and organizations. Thus, we conclude that the training processes in VE can be constituted in management strategies, changes in practices and model of attention, since these, come close to those conceptions of Permanent Education in Health, where the workspace arises in an area of education - learning for managers, workers and people in search of changes to health.

Keywords: training processes, epidemiological surveillance, permanent health education, health care workers.

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CBVE - Curso Básico em Vigilância Epidemiológica
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CIES - Comissão de Integração Ensino e Serviço
DCE - Divisão de Controle Epidemiológico
EC - Educação Continuada
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OPS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RH - Recursos Humanos
SCP - Seção de Capacitação Permanente
SEP - Setor de Educação Permanente
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana
VE - Vigilância Epidemiológica
UFBA - Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	BASES TEÓRICO – CONCEITUAIS	17
2.1	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: EDUCAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO?	17
2.2	OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: AVANÇOS E DESAFIOS	29
2.2.1	Sobre a Vigilância Epidemiológica	29
2.2.2	Os processos de capacitação em Vigilância Epidemiológica	32
3	METODOLOGIA	36
3.1	TIPO DE ESTUDO	36
3.2	LÓCUS DO ESTUDO	37
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	40
3.4	COLETA DE DADOS	41
3.5	PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	42
3.6	ANÁLISE DOS ACHADOS	43
4	OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SUS MUNICIPAL: PONTUAIS, TÉCNICOS, EMERGENCIAIS E IMPOSITIVOS	46
4.1	(DES) INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	53
4.2	ESTRATÉGIAS RELACIONADAS AOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO: O PLANEJAMENTO E A AVALIAÇÃO RESPONDEM AS NECESSIDADES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA?	63
4.3	A CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	69

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o grupo 1: gestores (secretário municipal de saúde, coordenadoras da divisão de vigilância epidemiológica e da seção de capacitação permanente da SMS)	84
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o grupo 2: profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam na divisão de VE da SMS	85
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o grupo 3: profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam na atenção básica (unidade básica de saúde e equipes saúde da família)	86
	APÊNDICE D - MATRIZ 1 - Documentos analisados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	87
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
	APÊNDICE F – Quadros esquemáticos para análises das entrevistas	89
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	91
	ANEXO B – Ofício de autorização para coleta de dados	94

1 INTRODUÇÃO

Os processos educativos são considerados fundamentais para as mudanças nas práticas dos trabalhadores da saúde; porém, é preciso superar a tradição histórica das organizações em implantar projetos verticalizados e pontuais, que dificultam a implementação de mudanças no âmbito dos serviços de saúde.

Segundo Feuerwerker (2002), a melhor maneira de produzir processos educativos que envolvam mudanças de valores e de práticas é construí-los de forma participativa, com reflexão crítica sobre as práticas vigentes, propiciando a produção de novos conhecimentos e a troca de saberes entre os atores sociais envolvidos nos diversos cenários.

Para Almeida (1997), os processos de capacitação dos recursos humanos para a saúde navegam ao sabor de propostas de atendimentos pontuais e fragmentados, sem uma relação maior com as diretrizes políticas. Superar essa dificuldade tem sido um desafio para gestores, trabalhadores e formadores em saúde, que buscam a produção de processos educativos associados aos princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de formação e qualificação para os trabalhadores da saúde, desde o início do século XX, tem sido orientado por um modelo biologicista, o qual pretende oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde centrados na doença, na consulta médica e com a intermediação crescente do uso das tecnologias e das especialidades. A partir da década de 1970, no entanto, começa-se a evidenciar a inadequação desse modelo, conhecido como flexneriano, fazendo surgirem críticas às instituições educacionais que preparavam recursos humanos para atuar no campo da saúde (MENDES, 1996; SCHERER et al., 2005).

Corroborando com este posicionamento, Paim e Almeida (2000) afirmam que as modificações no panorama político e social do mundo e da situação de saúde, principalmente a falta de mudanças esperadas pela sociedade, põem em xeque as premissas e previsões de antigos modelos, em especial do clínico/biológico/flexneriano, surgindo nesse contexto a necessidade de mudanças na natureza do trabalho em saúde, e novas exigências de qualificação para os trabalhadores.

Nesse sentido, o Movimento da Reforma Sanitária impulsionou as discussões sobre a saúde no Brasil, pois questionava a precariedade na organização dos serviços, a supremacia e dominação do poder profissional sobre a saúde do cidadão e a qualidade da assistência prestada à população pelo sistema de saúde vigente na época. Desta forma, é nesse contexto de intensa participação social, que se propõe a implantação de um novo sistema de saúde para

o Brasil, sendo legalmente efetivado na Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS).

Tomando como eixo o Movimento da Reforma Sanitária, aumentam as discussões sobre a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, visto que, para atender aos princípios e diretrizes do novo sistema, torna-se necessário preparar profissionais com um novo perfil. Portanto, no sentido de ampliar a discussão sobre essa temática e elaborar propostas para o setor, foram realizadas várias Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e outras específicas para a área de Recursos Humanos (RH).

Após duas décadas de implantação do SUS, é criada em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), a qual se apresenta legalmente como a mais nova proposta política voltada para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde para o Brasil. (BRASIL, 2004).

A Pneps é considerada inédita por muitos, pela formulação concreta de uma política de educação na saúde que busca superar a programação verticalizada da capacitação e a atualização de pessoas até então denominadas recursos humanos. Essa denominação, criticada por autores como Ceccim (2005a), acaba por igualar pessoas a recursos, e isso reflete a práxis, quando os processos de capacitação são impostos aos trabalhadores sem que as necessidades sejam também definidas pelos mesmos. Para o autor, é preciso construir uma política de relação entre educação, saúde, trabalho e produção de coletivos e de redes para a formação dos trabalhadores da saúde.

Para Ceccim (2005b), a Pneps propõe a descentralização e a disseminação da capacidade pedagógica por todo o SUS, de forma a tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, priorizando a educação dos profissionais de saúde como ação finalística dessa política, e não uma atividade-meio para o desenvolvimento do trabalho. Desta forma, a continuidade da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde como uma atividade secundária no planejamento das políticas de saúde tem sido um dos principais entraves para a concretização das metas almejadas para o setor.

Portanto, as ações de educação permanente para os trabalhadores precisam ser ações que saiam da posição de retaguarda, até então prevalente na política de saúde no Brasil, para assumir um lugar central e finalístico dentro das políticas públicas da saúde e da educação, com vistas ao alcance de práticas mais acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde da população.

Percebe-se então, que a causa básica de muitos problemas na área da saúde perpassa por questões que envolvem o processo de formação e qualificação permanente dos

trabalhadores. Com isso, torna-se cada vez mais relevante ampliar o debate teórico sobre o tema, na tentativa de integrar esses dois campos de conhecimento - Saúde e Educação, e buscar novas alternativas para o enfrentamento dos problemas existentes nessas áreas.

O nosso interesse por temas relacionados à educação em saúde, sobretudo os que dizem respeito aos processos de capacitação em vigilância epidemiológica (VE) para os trabalhadores da saúde, aconteceu desde o início da nossa vida profissional, atuando como técnica de um serviço de VE, bem como ao atuar na docência de uma escola para formação de auxiliares e técnicos de enfermagem e posteriormente como professora substituta do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). A experiência vivenciada nos permitiu perceber a hegemonia do modelo pedagógico tradicional, centrado na lógica da transmissão do conhecimento, da valorização da técnica e do procedimento, com conteúdos fragmentados e na desintegração entre ensino e serviço.

Posteriormente, tivemos a oportunidade de atuar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), assumindo a coordenação das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, onde eram desenvolvidas ações de educação em saúde com grupos de mães e mulheres da comunidade. Essa experiência foi marcante e contribuiu para sedimentar a convicção quanto à importância da participação conjunta da equipe de saúde, do usuário, da família e da comunidade nos processos educativos no campo da saúde.

Outra experiência que contribuiu para sedimentar ainda mais o nosso interesse pelas ações relacionadas à educação em saúde foi através da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de Feira de Santana, exercendo a função de Instrutora/Supervisora.

A proposta pedagógica adotada nas oficinas de capacitação dos grupos de instrutores/supervisores buscava a valorização e a troca de experiências entre os sujeitos envolvidos na construção do conhecimento, possibilitando emergir nas discussões dos grupos as percepções dos trabalhadores acerca da sua realidade no cotidiano do trabalho e os problemas sociais e de saúde que se apresentavam naquele contexto.

As experiências descritas apontam para a importância de se repensarem os processos de formação e capacitação de profissionais no campo da saúde. Porém, em que pese os resultados positivos dessas iniciativas fundamentadas em metodologias problematizadoras, na participação ativa dos envolvidos e na contextualização dos conteúdos de acordo com as necessidades locais, as nossas experiências mais recentes mostram que isto ainda está longe do dia a dia das atividades educativas na saúde, sobretudo no campo da vigilância epidemiológica (VE).

Exercendo atualmente a função de consultora do Ministério da Saúde (MS), responsável pela Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas e da Poliomielite na região nordeste do Brasil, observamos que os processos de capacitação promovidos para as equipes de VE nos estados são predominantemente pontuais e verticalizadas. A experiência tem mostrado o quanto os processos planejados desta forma apresentam pouco potencial para promoverem mudanças nas práticas dos trabalhadores de saúde.

Desta forma, percebe-se o quanto é contraditória a posição do próprio MS que, ao mesmo tempo em que estimula a construção coletiva de uma política de educação para o SUS, a Política de Educação Permanente em Saúde cujo objetivo principal é a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com processos educativos voltados à realidade de trabalho e ao contexto social destes sujeitos permanece na prática mantendo os “pacotes” de cursos, treinamentos aplicados, pontuais, fragmentários e desarticulados do contexto dos serviços (BRASIL, 2004, 2007).

Corroborando com o que foi descrito anteriormente, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em várias regiões do Brasil evidenciou que a maioria das ações realizadas na área da Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em cursos de curta duração e eventos educativos esporádicos e fragmentados (BRASIL, 2007). Com isso, os resultados demonstram a permanência de processos educativos centrados no modelo tradicional verticalizado e de transmissão do conhecimento.

Com relação ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, sobretudo as ações desenvolvidas no campo da vigilância epidemiológica (VE), ressalta-se que fora marcado por uma lógica de implantação verticalizada. Segundo Carvalho (2001), o governo brasileiro utiliza-se das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Instruções Normativas para operacionalizar a descentralização das ações, constituindo-se, assim, de ações burocráticas e burocratizantes.

Com relação à política de recursos humanos no âmbito municipal, o estudo de Mélo (2001), revela que as ações educativas direcionadas para os trabalhadores são caracterizadas como programas pontuais, verticalizados, definidos em atenção aos programas estabelecidos na esfera central e descontextualizados das necessidades do município.

Cerqueira (2003) retrata que as ações de VE são centralizadas, e que as práticas são burocráticas com pouca valorização quanto à informação produzida no sentido de desencadear medidas de controle e subsidiar o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Este autor acrescenta que a notificação compulsória das doenças é realizada

eminentemente pelas enfermeiras, não havendo participação efetiva dos outros profissionais que atuam na atenção básica.

Para Santos (2006), o processo de descentralização das ações de VE, na verdade representou muito mais uma desconcentração de ações, haja vista, que a maioria dos municípios não estavam estruturados para assumir efetivamente essas ações, produzindo assim, ações incipientes e de baixo impacto.

As pesquisas apresentadas mostram como vêm se desenvolvendo as ações educativas no sistema municipal de saúde e o processo histórico de implantação das ações de VE nos municípios brasileiros. Nesse sentido, a EPS pode ser uma estratégia importante na superação desses problemas, sobretudo no sistema municipal.

Nas principais bases de dados, considerando-se os últimos dez anos, foram encontrados vários artigos voltados para as áreas de formação e qualificação dos recursos humanos para saúde no Brasil e a educação permanente (CECCIM E ARMANI, 2001; ASSIS, ALVES, SANTOS, 2008; BORDENAVE, 1999; BRASIL, 2004, 2007; CECCIM, 2005a; CECCIM E FEUERWERKER, 2004; FEUERWERKER, 2002; MÉLO, 2001; MERHY, 2005; PAIM, 1994; PEDUZI et al, 2009; ROVERE, 1996; entre outros). Porém, dos estudos específicos no campo da vigilância epidemiológica encontraram-se apenas três, que descrevem as capacitações institucionais segundo o modelo de Curso Básico em Vigilância Epidemiológica (CBVE), preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e nenhum artigo tratando dos processos de capacitação em VE à luz dos princípios da Educação Permanente em Saúde, caracterizando assim, uma escassez de trabalhos publicados nessa temática.

Diante do cenário atual da saúde e dos resultados observados nas pesquisas referidas anteriormente, percebe-se que a análise dos processos de capacitação desenvolvidos para os trabalhadores da saúde e em especial os do campo da VE se constitui num tema importante de discussão, dada a sua relevância como ferramenta para o planejamento, gestão e descentralização das ações de VE para os sistemas locais de saúde.

Autores como Ceccim (2005a), Ceccim e Armani (2001), Ceccim e Feuerwerker (2004), Feuerwerker (2002), Mélo (2001), Merhy (2005), Paim (1994), e Rovere (1996) compartilham dessa forma de compreender a potencialidade dos processos educativos, quando referem que para repensar o modelo de atenção da saúde é preciso repensar, sobretudo, o modo como vêm se desencadeando os processos de formação e capacitação para os trabalhadores da saúde, uma vez que, são esses sujeitos que produzem e reproduzem as práticas da área.

Desta forma, o estudo tem como objeto de investigação os processos de capacitação em vigilância epidemiológica no SUS municipal. E sua questão norteadora é: como são desenvolvidos os processos de capacitação em vigilância epidemiológica no SUS municipal?

Neste sentido, o objetivo geral do estudo é analisar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica no SUS municipal, já os objetivos específicos são: contextualizar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica em um SUS municipal; descrever as estratégias (planejamento e avaliação) desenvolvidas nas ações de capacitação da vigilância epidemiológica e discutir se os processos de capacitação em vigilância epidemiológica são construídos com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde.

Por conseguinte, torna-se necessário definir o que se caracteriza como processo de capacitação que, segundo Silva, Ogata e Machado (2008), pode ser considerado como a atualização técnico-científica na forma de cursos ou outras modalidades de educação que objetivam o aprimoramento profissional e o desenvolvimento de mudanças de práticas que representem progressos na atuação profissional. No entanto, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), os processos de capacitação devem tomar como referência as necessidades de formação e qualificação dos profissionais, tendo um olhar voltado para a transformação das práticas e a organização do trabalho.

Desta forma, a análise dos processos de capacitação em VE no SUS municipal poderá evidenciar a realidade local e as necessidades de qualificação dos trabalhadores, para que estes possam efetivamente responder às demandas dos usuários e dos serviços de saúde.

Para Assis e outros (2008), torna-se necessário avançar na estruturação de processos educativos que assegurem novas práticas sanitárias, superando modelos tradicionais centrados exclusivamente nas abordagens de doenças e riscos conhecidos de adoecimento.

Desta forma, a mudança das práticas e do modelo de atenção à saúde perpassa pela necessidade de reordenação no campo da educação permanente para os trabalhadores da área, e é nessa direção e perspectiva que se processa o desenvolvimento dessa pesquisa.

2 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

2.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: EDUCAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO

Segundo Freire (1983), a educação consiste em um encontro entre interlocutores que procuram, no ato de conhecer a significação da realidade e na práxis, o poder da transformação. Nesta concepção, o conhecimento parte da realidade concreta do homem e este reconhece o seu caráter histórico e transformador. Portanto, não há conhecimento absoluto, pois tudo está em constante transformação.

Para o autor, o homem só chegará à consciência do seu contexto e do seu tempo na relação dialética com a realidade, pois somente desta maneira terá criticidade para aprofundar seus conhecimentos e tomar atitudes frente a situações objetivas: “[...] a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade” (FREIRE, 1983, p. 80).

Para Gadotti (1998), todo saber traz consigo uma própria superação. Portanto, não há saber nem ignorância absolutos: há apenas uma relativização do saber ou da ignorância. Por isso, educadores e educadoras não podem se colocar na posição de seres superiores que ensinam um grupo de ignorantes, mas sim na posição daqueles que comunicam um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo.

O comprometimento com a transformação social é a premissa da educação libertadora de Paulo Freire (1983), libertação esta que não é só individual, mas coletiva social e política.

Entende-se por pedagogia, em Freire (1983), a ação que pode e deve ser muito mais que um processo de treinamento, de dominação, de domesticação e alienação. A esse processo ele denomina “Educação Bancária”, a qual se alicerça nos princípios transferidos do educador para o aluno através do conhecimento dado, imposto, alienado. Nessa concepção, o conhecimento é algo que, por ser imposto, passa a ser absorvido passivamente. Essa concepção de educação não exige consciência crítica do educador nem do educando, assim como o conhecimento não desvela os porquês do que se pretende saber. Eis por que a educação bancária oprime, negando a dialogicidade nas relações entre os sujeitos e a realidade.

A teoria educacional de Paulo Freire considera que o indivíduo é possuidor de uma “vocação para sujeito da história e não para objeto dela”, de forma que, por meio da educação,

pode-se chegar à solução de problemas e à mudança da realidade posta. (FREIRE, 1981, p. 67).

Este autor propõe que a relação entre o educador e o sujeito da aprendizagem seja horizontal e se dê por meio do diálogo, da vivência de ambos, compartilhando seus problemas e linguagens. O diálogo é condição essencial e necessária para a efetiva comunicação, pois, sem ele não há trocas significativas de experiências ou construções compartilhadas de conhecimento (FREIRE, 2001).

Para tanto, a troca de experiências e saberes, segundo o autor, seriam trabalhada por meio de problematização da realidade pelos próprios sujeitos.

Freire (1979, p.56), afirma que “ninguém educa ninguém, nem ninguém educa a si mesmo: os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. É a idéia do respeito ao saber do outro, de uma construção conjunta do conhecimento a partir – e, sobretudo, – da realidade do sujeito.

Nesse sentido, o conhecimento não é algo estático, mas construído de forma integradora e interativa. O conhecimento é a construção coletiva mediada dialogicamente, que deve articular de modo dialético a experiência da vida prática com a sistematização rigorosa e crítica. Assim o processo de construção do conhecimento implica uma relação dialógica (FREIRE, 1979; 1983).

Para Freire (1979), a educação é um processo de conhecimento onde todos ensinam e todos aprendem. Um processo criador e recriador. Os sujeitos que dialogam abrem-se para o novo e sabem que há sempre algo a interpretar, descobrir, aprender, dizer e compartilhar; são abertos a questionamentos e não temem conflitos. Portanto, toda prática educativa demanda a existência de dois sujeitos: um que ensinando aprende, e outro que aprendendo ensina. Enfim, a educação é uma forma de intervenção no mundo.

Gadotti (1998) entende que não há uma educação tão somente reprodutora do sistema e nem uma educação tão somente transformadora desse sistema. Essas duas tendências coexistem no plano educacional numa perspectiva dialética e conflituosa. Sendo assim, o autor considera que:

[...] há uma contradição interna na educação, própria da sua natureza, entre a necessidade de transmissão de uma cultura dominante existente – que é a tarefa conservadora da educação – e a necessidade de criação de uma nova cultura, sua tarefa revolucionária. Entretanto, o que ocorre numa sociedade dada é que uma das duas tendências é sempre dominante. (GADOTTI, 1998, p. 74).

Atualmente, não se pode mais apoiar em teses que apregoam que a educação não pode mudar enquanto não houver mudanças estruturais no sistema. Faz-se necessário acreditar que, apesar da educação não poder sozinha transformar a sociedade em questão, será muito difícil acontecerem mudanças estruturais sem a sua contribuição. A transformação social para uma sociedade mais justa, com menos desigualdades, onde todos tenham voz e vez, só será possível a partir do momento em que se evidenciarem os conflitos, não tentando escondê-los ou minimizá-los, mas trazendo-os à tona para que, assim, a educação contribua como mecanismo de transformação, buscando a superação dos problemas e não a manutenção do *status quo*.

Portanto, superar as concepções tradicionais nos campos da educação e da saúde, de modo a constituir uma cultura crítica entre educadores e trabalhadores dos serviços de saúde, capaz de levar adiante práticas inovadoras e ativas neste terreno, são questões consideradas fundamentais para a efetivação das mudanças na formação e qualificação dos trabalhadores e para a implementação da educação permanente em saúde enquanto proposta pedagógica para o SUS.

Nesse sentido, a proposta pedagógica freireana requer um educador problematizador, posto que se trata de uma pedagogia da pergunta, na qual “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou sua construção” (FREIRE, 2000, p. 52).

Os processos educativos em saúde devem adotar a problematização da prática como estratégia pedagógica, contextualizando a formação e a qualificação dos trabalhadores às bases sociais, políticas e tecnológicas que sustentam os processos de trabalho em saúde. Portanto os princípios teóricos da pedagogia de Paulo Freire contribuem para o embasamento da proposta da EPS e para tanto segundo Ceccim (2005b), torna-se necessário descentralizar e disseminar esta capacidade pedagógica por dentro do setor saúde, articulando trabalhadores gestores e controle social em saúde, de modo que o exercício do trabalho no SUS possa se constituir em uma rede-escola.

A ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito, pois a busca de respostas visa à transformação daquela realidade pelo movimento participativo do próprio sujeito, o qual, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e, assim, sucessivamente.

A Metodologia da Problematização emerge como estratégia pedagógica de possível eficácia para a educação permanente em saúde por propiciar uma aproximação do ensino com

a realidade vivida nos serviços de saúde, na medida em que identifica os problemas e aponta propostas para a superação dos mesmos.

Na busca de compreender a complexidade e as implicações da política educacional para o desenvolvimento do SUS, é preciso assumir uma atitude de recontextualizador crítico e, para tanto, a educação permanente em saúde apresenta nas suas concepções elementos norteadores. Essa atitude implica estar sempre atento às efetivas necessidades político pedagógicas em saúde e focalizar sua ação em razão da complexidade do cotidiano do trabalho no campo da saúde, dos projetos para a reorientação do modelo de atenção, enfim, dos princípios norteadores do SUS.

Nesse sentido, torna-se necessária a superação do paradigma bancário educacional pautado em modelos pedagógicos por vezes estanques, contraditórios e, sobretudo, descontextualizados que ainda se fazem presentes na educação.

Um dos grandes desafios da saúde é a superação das práticas historicamente estruturadas com base no modelo biologicista hegemônico de prestação de serviços por um modelo que intervenha sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, que vise à promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da atenção, direcionado por um fazer integral e resolutivo. Entretanto, Assis e outros (2007) refere que a inversão do modelo de atenção é uma tarefa de difícil execução, pois percorre um caminho não-linear que envolve uma política de formação articulada com a prática e que requer um novo modo de estabelecer relações e trocas de saberes e experiências práticas entre os sujeitos envolvendo diferentes campos de conhecimento em intervenções interdisciplinares.

Nesse sentido, acredita-se que um fator importante para a superação deste paradigma esteja na implementação de mudanças na formação e qualificação permanente dos trabalhadores da saúde, com projetos educativos que envolvam não só os aspectos técnico-científicos da profissão, mas que se estendam aos aspectos estruturantes de relações e práticas de relevância social que possam auxiliar na articulação entre teoria e prática, suscitando a reflexão e a criticidade dos sujeitos, superando a predominância da prática de transmissão teórica de saberes já instituídos, delimitados e definidos de quem os detém para aqueles que os desconhecem.

Segundo Freire (2000), ao pensar a educação como um processo em que há um fluir de vivências, troca de experiências e conhecimentos - individuais e coletivos - que constituem o ensino-aprendizagem, e pela possibilidade de vislumbrar o indivíduo como um ser inacabado e em permanente processo de aprendizagem e transformação, é que se encontra na Metodologia da Problematização a possibilidade de troca de saberes entre os diferentes

sujeitos de modo que quem ensina aprende, e quem aprende também ensina numa relação permanente de troca.

Para Feuerwerker (2002), a necessidade de reconhecer que havia especificidades no processo de aprendizagem dos adultos e nas estratégias que se deveriam adotar, sobretudo pensando a educação na perspectiva do desenvolvimento cultural, da troca de experiências e de vivências entre os sujeitos, contribuiu para o desenvolvimento dos princípios da Educação Permanente desenvolvidos no campo da educação na década de 1960.

No campo da saúde, os princípios da educação permanente como estratégia pedagógica para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, se iniciou nos anos 1980, através da Organização Pan-americana da Saúde (OPS) com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação para os trabalhadores dos serviços de saúde e, para tanto, a proposta toma como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional (ROCHKE; DAVINI; HADDAD, 1994).

Para Ceccim (2005a), a Educação Permanente em Saúde (EPS) também pode se configurar como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, caracterizado fundamentalmente pela produção de René Lourau e George Lapassade, que propuseram alterar a noção de Recursos Humanos, proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar.

Para esses autores, os serviços de saúde são organizações complexas e somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano do trabalho dessas organizações.

Com isso, a formulação e difusão do pensamento da Educação Permanente, enquanto vertente pedagógica, ganha força no campo da saúde, e, em 13 de fevereiro de 2004, através da portaria GM/MS nº. 198 é instituída no Brasil a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) (BRASIL, 2004) que visa à transformação e qualificação das práticas de saúde; à organização das ações e serviços de saúde; aos processos formativos e às práticas pedagógicas utilizadas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL 2004).

Com isso, a Pneps, traz na sua concepção o entendimento de que o processo de trabalho é o eixo central do processo de aprendizagem, e que a prática cotidiana dos trabalhadores da equipe de saúde é um campo fértil para a aprendizagem permanente.

A operacionalização da Pneps inicialmente, foi estabelecida pela Portaria nº. 198, que definia a modalidade de Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias de negociação e formulação das propostas pedagógicas para a saúde. Em 2007, essa Portaria é substituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, que estabelece uma nova forma de gestão através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino e Serviço (Cies) (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, as Cies são instâncias intersetoriais, interinstitucionais e permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, (Peps) e os Colegiados de Gestão Regional são instâncias de pactuação permanente, de co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região e por representantes do gestor estadual (BRASIL, 2007).

Os CGR têm a função de instituir os processos de planejamento regional para EPS, apoiando os municípios da região no processo de planejamento local conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e nos Planos de Saúde dos entes federados participantes (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde destaca a EPS como um dos principais eixos da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil, e a sua descentralização deverá ocorrer através do Pacto de Gestão estabelecido com estados, municípios e distrito federal (BRASIL, 2007). A estratégia de pactuação nas diferentes esferas de governo estabelece compromissos e responsabilidades dos gestores na perspectiva da descentralização das ações de Educação Permanente em Saúde, a sua adequação às diretrizes e regulamentação do Pacto pela Saúde e a redefinição da sua operacionalização (BRASIL, 2007).

Contudo, assumir a Educação Permanente em Saúde como uma política de governo pode representar um avanço para o sistema de saúde se as propostas pactuadas forem efetivamente implantadas e implementadas por gestores e trabalhadores da saúde numa perspectiva de mudança das práticas e não apenas para o cumprimento de metas assumidas administrativamente.

Seguindo o modelo de operacionalização proposto pelo MS, a implantação da Peps no estado da Bahia, segue o desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) através das

macrorregionais de saúde distribuídas nas regiões de Juazeiro, Irecê, Alagoinhas, Barreiras, Itabuna, Vitória da Conquista, Salvador e Feira de Santana que está localizada na macrorregional centro leste (BAHIA, 2008). Tomando a regionalização, como motivação para produzir capacidades institucionais e a educação permanente em saúde como dispositivo para a operacionalização, iniciou-se, em meados de 2007, a construção dos consensos necessários na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia para desenhar um plano de ação. (BAHIA, 2008).

Nesse sentido, a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), órgão da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, enquanto Escola do SUS no Estado, no que tange à formulação, implementação e avaliação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tem como missão a formação e qualificação dos profissionais de nível superior no âmbito do SUS do Estado. Seu papel é propiciar a parceria com gestores a fim de promover ações educativas voltadas para a assistência, o cuidado e a gestão dos serviços, de sistemas e de políticas no âmbito estadual do SUS (BAHIA 2008).

Para Ceccim (2005b), ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a prioridade no setor e incluiu novos parceiros, anunciando o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas de RH da saúde.

Para o mesmo autor, colocar a EPS como uma prioridade para o SUS é pôr em nova evidência o trabalho da saúde, o qual requer trabalhadores que aprendam a aprender, que desenvolvam práticas cuidadoras, que tenham compromisso de gestão com a integralidade, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento.

Corroborando com as afirmações acima, Peduzzi (2001) aponta que o sujeito prático e a ação de problematizar acontecem a partir da realidade que cerca o sujeito. Para a autora, a busca de explicação e solução dos problemas visa transformar aquela realidade pela ação do próprio sujeito (sua práxis). E este, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar, passa a detectar novos problemas na sua realidade, e assim sucessivamente.

Nesse sentido, Ceccim (2005a) afirma que a Educação Permanente em Saúde está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, da aprendizagem significativa e da problematização da realidade que cerca o sujeito. Autores como Ceccim (2005a), Ceccim e Feuerwerker (2004) e Paim (2002), reconhecem o caráter educativo do próprio trabalho, concebido não apenas no seu sentido instrumental, mas também como espaço de problematização, diálogo e construção de consensos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

O estudo de Peduzzi e outros (2009) evidencia a necessidade de ampliação do debate em torno da EPS enquanto política pública implementada nos níveis local, regional, municipal, estadual e federal. A autora afirma que somente através de esforços articulados entre os diversos níveis da política, serão permitidos avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores da saúde, evitando assim que a EPS se reduza a uma mera mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento desses trabalhadores.

Os resultados apresentados no estudo de Peduzzi e outros (2009), intitulado “Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo” revelam que o local de realização e a origem das demandas por atividades educativas nas unidades de saúde pesquisadas são predominantemente externos aos serviços evidenciando, assim, uma prática educativa dissociada da realidade do cotidiano do trabalho, o qual se constitui em um importante espaço de troca de saberes que favorece a aprendizagem da equipe.

Ceccim (2005b), corroborando com idéias da autora aponta que toda a rede do SUS deve se constituir em espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Segundo esse mesmo autor, a Educação Permanente em Saúde é um processo educativo que coloca a formação em saúde sob análise, tendo ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise e auto-gestão, implicando mudança institucional e de pensamento.

Contudo, a Educação Permanente enquanto política institucional é um processo novo, ainda pouco compreendido pelos gestores e trabalhadores da saúde dos municípios brasileiros que, historicamente, convivem com um modelo de práticas educativas normativas e verticalizadas.

Os vários modelos e propostas voltados para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde no Brasil se apresentam em duas grandes vertentes: educação continuada e educação permanente. Ambas conferem uma dimensão temporal de continuidade ao processo e supõem uma intervenção com o objetivo de produzir mudanças em uma dada situação de saúde. Entretanto, apóiam-se em distintas concepções da relação entre educação e mudança e em princípios metodológicos diversos (RIBEIRO; MOTA, 1996; ROCHKE; DAVINI; HADDAD, 1994).

Para Ribeiro e Mota (1996), os processos de educação continuada estão voltados mais especificamente para aumentar ou atualizar os conhecimentos. Na realidade, não se têm mostrado suficientes para transformarem as práticas institucionais. E a reflexão sobre as

estratégias de reorganização dos serviços de saúde tem exigido a revisão ou ampliação das concepções pedagógicas e sobre o trabalho que embasam tais processos educativos.

Apesar de alguns autores colocarem essas duas vertentes em posições antagônicas, pelo que já foi apontado anteriormente nesse estudo, elas na verdade são complementares. A concepção da educação permanente não exclui a educação continuada; ao contrário, ela a incorpora como uma necessidade de proposta pedagógica que valoriza as experiências e a troca entre os sujeitos. A educação continuada trouxe contribuições para o processo de qualificação dos trabalhadores da saúde ao longo dos anos, bem como para a implantação da política de educação permanente em saúde no Brasil.

Nesse sentido, como exemplo de experiência exitosa na área da educação continuada, destaca-se Projeto Larga Escala, que surgiu de um acordo inter-ministerial entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação, tendo sido instituído pela Portaria de 11 de março de 1980, e alterada posteriormente pela Portaria Ministerial de 27 de abril de 1984 (BRASIL, 1985).

O Projeto Larga Escala foi uma estratégia para a preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde que buscava a integração de serviços rumo ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1985) e apresentava uma proposta voltada para a formação de auxiliares de enfermagem que se encontravam na rede como atendentes, desenvolvendo ações sem qualificação técnica. A concepção metodológica do projeto era voltada para a prática do ensino em serviço, e a pedagogia utilizada era a da problematização diretrizes hoje tão valorizadas pela política de EPS.

O Projeto proporcionou também a formação das enfermeiras dos serviços de saúde para o exercício da função de docentes, através de cursos de especialização e de atualização no campo pedagógico, fundamentados na pedagogia da problematização, e tendo como estratégia básica a integração ensino e serviço. As atividades práticas desses cursos eram desenvolvidas no próprio espaço de trabalho, o que permitia uma maior articulação dos conhecimentos teóricos com a realidade do cotidiano dos profissionais.

Além do Projeto Larga Escala, vários outros foram implementados no Brasil e na Bahia, a exemplo do curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), iniciado na década de 1980, no qual a busca por metodologias que aproximassem as atividades educativas/formativas às realidades locais, às experiências dos sujeitos e à problematização dos processos de trabalho em saúde eram consideradas. Essas iniciativas foram realizadas em vários locais e trouxeram contribuições para a qualificação não só novos trabalhadores incorporados à saúde, a exemplo dos ACS, bem como aos enfermeiros que participaram desse

processo na condição de instrutores/supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 1999).

Desta forma, percebe-se que a utilização de pedagogias inovadoras que gerem auto-análise e que questionem cotidianamente o processo de trabalho em saúde possibilitando a troca de experiência entre os diferentes sujeitos que estão inseridos no contexto do trabalho produz resultados mais satisfatórios no processo de ensino – aprendizagem no campo da saúde.

Por outro lado, a predominância do caráter normativo do ensino na saúde, construído a partir da prescrição de normas de conduta, o que reforça estereótipos de comportamento, traz limitações para os avanços na qualidade dos serviços de saúde, dificultando a geração de processos coletivos de aprendizagem e, conseqüentemente, contribuindo para o distanciamento nas relações entre os trabalhadores da saúde, os usuários e a própria equipe. A manutenção desses aspectos, tanto na formação quanto nos processos de capacitação dos trabalhadores, são entraves que dificultam a efetivação da educação permanente enquanto política para o setor saúde.

Para, Ribeiro e Mota (1996) educação permanente elege como objeto o processo de trabalho, o que não significa transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da rede explicativa dos problemas identificados nos serviços de saúde.

As concepções pedagógicas hegemônicas concebem a prática cotidiana como “mera aplicação do conhecimento [...] e estabelecem uma relação linear e simplista entre o saber e o fazer” (CECCIM, 2005a, p.61), resultando na crença de que a razão da não aplicação do conhecimento adquirido nos cursos de atualização reside na precariedade dos serviços de saúde e na negação da prática cotidiana como espaço de aprendizagem permanente.

Por outro lado, a história tem mostrado que as propostas educativas hegemônicas para a formação e a qualificação dos trabalhadores da saúde instituídas no país ao longo dos anos não foram capazes de atender satisfatoriamente às demandas da área da saúde diante da sua complexidade (multiplicidade de ações, de profissionais, de espaços de trabalho), da distribuição heterogênea dos profissionais e dos serviços de saúde e da velocidade com que as mudanças tecnológicas estão permanentemente acontecendo, o que implica em muitos desafios para a atualização permanente em saúde (CECCIM, 2005a).

Apesar da EPS se configurar como uma política pública de formação e qualificação para os trabalhadores da saúde, o que se observa no cotidiano das práticas, são processos de capacitações pontuais, descontextualizados e com metodologias que privilegiam a transmissão

do conhecimento. Desta forma, as capacitações têm se mostrado pouco eficientes em promover a incorporação de mudanças significativas nas práticas dos trabalhadores, bem como nas organizações onde se inscrevem os atos da saúde.

Contudo, percebe-se que essas mudanças dependem também de outros fatores que vão além da concepção pedagógica e do tipo de planejamento utilizado nos processos educativos: envolvem aspectos subjetivos relacionados à formação e ao processo de trabalho dos profissionais, ao compromisso, às condições de trabalho, salário, motivação, entre outros.

Desta forma, ao falarmos das relações de trabalho enquanto relações sociais que envolvem diferentes sujeitos, com diferentes intencionalidades, falamos, portanto, de um trabalho imerso em conflitos. Isto implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho, e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões.

Com isso, questionar as concepções de mundo e de trabalho requer, portanto, a abertura de espaços de discussão e de troca de experiências entre os sujeitos para o reconhecimento das diferenças, e da medida com que elas obstaculizam a concretização das mudanças desejadas. Sem essa compreensão, corre-se o risco de assumir uma proposta teórico - metodológica vinculada à educação permanente, mas que, na prática, apenas renova os processos relacionados à educação bancária, que segundo Freire (1983), subestima a dimensão da subjetividade, da troca de saberes e do conflito de interesses entre os diferentes sujeitos.

A EPS pode ser efetivamente uma política orientadora para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e inovadora de suas práticas, na medida em que os processos educativos questionem cotidianamente as práticas vigentes, contextualizando-as e problematizando-as no terreno coletivo e concreto do trabalho. Nesse contexto de troca de saberes e experiências partilhadas pelos sujeitos em seu lócus de trabalho, novos conceitos e princípios são construídos e reconstruídos permanentemente no decorrer do exercício profissional. Desta forma, a EPS pode catalisar a criatividade de cada sujeito e de todos em conjunto em busca de mudanças que visem à melhoria da qualidade do cuidado prestado à população.

De acordo com Merhy (2005), há um desafio de se pensar uma nova pedagogia que esteja implicada com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometida sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa individual e coletiva; uma intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde no plano individual e coletivo, em si e em

equipe. Para o autor, inserir a pedagogia da implicação no cotidiano dos serviços de saúde como ordenadora de ações deve ser uma perseguição implacável para quem quer efetivamente mudar a maneira de se fazer saúde entre nós.

Nessa mesma direção, Merhy (2007) propõe a evidência dos trabalhadores de saúde como sujeitos políticos, disponibilizando o conhecimento como tecnologia principal para dar conta de novos arranjos nos processos de trabalho em saúde. Para o autor, essa tecnologia (o saber) potencializada nos espaços educativos/formativos e no cotidiano do trabalho deve ser compartilhada entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, valorizando a potência de cada sujeito, de forma a permitir um avanço qualitativo no processo de trabalho e na prestação do cuidado à saúde.

Para Souza e outros (1991), têm sido observados vários problemas educativos nas práticas dos serviços de saúde, sendo que os mais evidentes estão relacionados com a formulação de programas educativos desvinculados da prática concreta, a inserção casuísta dos trabalhadores, a fragilidade de elementos de infra-estrutura dos serviços e a utilização de metodologias tradicionais. Os autores acreditam que as capacitações de trabalhadores da saúde, quando desvinculadas dos problemas concretos, além de não serem efetivas, oneram o sistema e dificultam a resolução dos problemas. Além disso, a utilização de metodologias tradicionais de caráter transmissor tem privilegiado a reprodução de rotinas e tecnologias, instrumentalizando a atividade de ensino, mas não tem garantido o questionamento e a crítica dos conteúdos.

Portanto, um dos grandes desafios para se avançar no processo de qualificação dos trabalhadores da saúde é romper com o modelo de capacitação institucionalizada, na qual a programação é previamente definida sem a participação efetiva dos sujeitos envolvidos. Concebidos desta forma os processos educativos reduzem a capacidade de contribuir com as aspirações de um desenvolvimento para a saúde baseado na transformação das estruturas sociais, no crescimento pleno dos trabalhadores e na sua participação ativa nos processos de mudança. Desta forma, os processos educativos reduzem o potencial de transformar efetivamente as práticas dos trabalhadores e, conseqüentemente, melhoram a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Portanto, a ampliação dos debates em torno da EPS enquanto política pública capaz de promover mudanças nas práticas dos trabalhadores da saúde rumo a um novo modelo de atenção e conseqüentemente o fortalecimento do SUS, precisa ser efetivamente implementada nos diferentes níveis de gestão dos sistemas de saúde, de modo a descentralizar a capacidade operacional dessa política para as instâncias municipais e locais. Desta forma, a Educação

Permanente pode ser uma estratégia poderosa para se produzirem políticas de saúde descentralizadoras, coerentes com os princípios do SUS.

Segundo Durão e outros (2007, p.13), “a Pneps, por se tratar de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se”.

2.2 OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: AVANÇOS E DESAFIOS

2.2.1 Sobre a Vigilância Epidemiológica

A concepção de vigilância epidemiológica e a sua forma de organização vêm - se reformulando a cada momento do contexto histórico, social e político da saúde adotada no Brasil. O termo "vigilância" tem sido objeto de redefinições com significados internacionalmente reconhecidos, diante da relevante aplicabilidade das suas ações.

Com a implantação do SUS, as ações de VE passam a ser descentralizadas para estados e municípios e, para isso, o MS determina através da Portaria Ministerial de nº. 1399/99 as normas e os pré-requisitos básicos para que essas instâncias de gestão operacionalizem as ações de VE nos seus territórios. Essa portaria regulamenta as competências dos Estados, Municípios e do Distrito Federal na área da VE e determina a forma de financiamento das ações.

Desta forma, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo no campo da VE, foi marcado por uma lógica de implantação verticalizada e burocratizante, direcionado por portarias e normas editadas pelo MS, direcionadas indistintamente a todos os municípios brasileiros. Essa forma de descentralização é questionável, visto que desconsidera as diferenças loco - regionais e as desigualdades sociais entre as diferentes regiões do país.

Carvalho (2001) aponta que o governo brasileiro utiliza-se de Normas Operacionais Básicas (NOB) e de Instruções Normativas para operacionalizar o que já se encontra estabelecido na Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, essas estratégias se transformam em ações burocráticas, objetivando a transferência de atribuições.

Segundo Luz (2001, p.20), o Estado “faz o que pode para se livrar do ônus político, social e econômico que a saúde e a previdência representam”. Desta forma, o modelo de descentralização da saúde preconizado pelo governo federal pode ser visto como uma forma de desresponsabilizar-se das funções que lhe são inerentes.

Para Guimarães (2000), a inclusão da descentralização na agenda de governo, esteve muito mais relacionada aos mecanismos de pressão impostos pela esfera federal, do que por iniciativa própria das instâncias de governo estadual e municipal. Por outro lado, é interessante nesse momento citar Santos (2006) que, ao se referir ao processo de descentralização da VE, afirma que alguns gestores municipais aderiram aos requisitos da descentralização motivados muito mais pelo interesse de assegurar o repasse dos recursos financeiros do que necessariamente com uma intenção real de desenvolver com efetividade as ações de VE que estão sob sua responsabilidade.

A mesma autora afirma que, na verdade, esse processo representou muito mais uma desconcentração de ações, haja vista que a maioria dos municípios não se encontrava política e administrativamente estruturados para assumirem efetivamente a gestão da descentralização da VE.

Nesse sentido, Guimarães (2000) acrescenta que a descentralização vem sendo construída por meio de árduas batalhas, com movimentos contraditórios de descentralização e re-centralização.

Apesar de todo aparato legal, o MS considera que:

Os avanços no processo de descentralização da saúde não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados ou atomizados, e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde, comprometendo a legitimidade do SUS (BRASIL, 2004, p.4).

Portanto, a descentralização efetiva das ações de saúde para os municípios é um processo complexo, pois implica mudanças profundas que perpassam por distribuição do poder e fortalecimento da autonomia para outras instâncias de gestão.

No estudo realizado por Cerqueira (2003), a fala de um dos entrevistados expressa de forma contundente as dificuldades vivenciadas no processo de descentralização das ações:

[...] as dificuldades foram enormes, [...] principalmente por falta de verba [...] e também da resistência que as pessoas tinham na época, principalmente do governo estadual, da resistência de descentralizar, porque eles imaginavam e acho que ainda imaginam que descentralizar as ações de saúde para o Município seria perda de poder (Entrevista nº 6, Grupo II).

Com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e com o processo de descentralização, o município passa a ser uma instância privilegiada para o desenvolvimento das ações de saúde e

reconhece a importância da descentralização da vigilância epidemiológica ampliando a sua definição para:

Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, e tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos (BRASIL, 1990, p.2).

O conceito referido acima amplia o leque de atuação da VE e representa um avanço na medida em que se busca a superação do modelo tradicional biologicista e hospitalocêntrico ainda presente, e propõe uma nova concepção, com ênfase na identificação dos fatores de riscos condicionantes e determinantes que podem trazer danos à saúde da população.

Nessa perspectiva, em 1990 surge a proposta do modelo de Vigilância da Saúde, apresentada por Mendes (1996), que propõe a redefinição das práticas de saúde com a articulação entre a epidemiologia, o planejamento, a organização dos serviços e a clínica. A nova prática sanitária que Mendes denomina de Vigilância da Saúde é pautada na construção social da saúde, ou seja:

A vigilância da saúde pode ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença. Transformando, a partir dessas mudanças, o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde, a prática vigilância ousará, através dele, a inscrição de um outro modo de andar a vida em sociedade (MENDES, 1996, p. 244).

Portanto, a implementação da Vigilância da Saúde é um processo complexo que articula a promoção, proteção e assistência à saúde da população, incorporando novos sujeitos à prática de saúde e envolvendo a população organizada. O alcance desse modelo de atenção requer que se amplie o debate sobre a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, de modo a articular esse processo com as concepções da Educação Permanente em Saúde e os princípios norteadores do SUS.

O modelo da Vigilância da Saúde, contrapondo-se ao modelo hegemônico, propõe responder os problemas de saúde através de uma ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença atuando, dessa forma, sobre os danos (agravos, doenças, acidentes), os riscos (fatores individuais e coletivos; pessoais e sócio-ambientais) e os determinantes (sócio-estruturais) desse processo (PAIM; TEIXEIRA, 1992).

Portanto, a necessidade de reorganizar os sistemas de vigilância pretende superar a dicotomia entre as ações preventivas x curativas, assistência ambulatorial x assistência hospitalar, numa perspectiva de mudança do modelo de atenção à saúde com uma nova prática sanitária que atenda as necessidades de assistência à saúde da população.

Para aumentar a capacidade de resolver problemas de saúde individuais e coletivos, é preciso proceder a uma reformulação do processo de trabalho do profissional, com um novo modelo, cujo objeto de trabalho da assistência à saúde é uma pessoa, um grupo, uma família ou um coletivo institucional, com o objetivo de conhecer e detectar mudanças nos fatores condicionantes e determinantes de saúde e, assim, adotar as medidas de promoção e prevenção. Esse novo modelo visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. A incorporação desse novo modelo de assistência na prática desses trabalhadores requer mudanças na formação e qualificação permanente dos profissionais.

Construir um objeto ampliado da clínica, implica também o estabelecimento de vínculo continuado entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades, e uma avaliação processual dos atendimentos individuais e coletivos com estímulo ao auto-cuidado. O modelo assistencial voltado para a vigilância da saúde e para a clínica ampliada não poderá ser efetivada com um trabalho profissional isolado. Neste sentido, constitui-se em um desafio a ser enfrentado por equipes interdisciplinares.

2.2.2 Os processos de capacitação em vigilância epidemiológica

Além do caráter verticalizador, o processo histórico de construção VE foi marcado por um enfoque fortemente centrado no controle das doenças e na ação curativa em detrimento das ações de promoção da saúde. Neste sentido, os processos de capacitação para os trabalhadores da saúde, inclusive os que atuam no campo da VE, foram influenciados pelas concepções do modelo biologicista; e na educação, por uma lógica pedagógica de valorização da técnica e do procedimento com a transmissão dos conteúdos de caráter prescritivo, de forma verticalizada e com ações fragmentadas.

O modelo de atenção hospitalocêntrico, com suas práticas centradas no profissional médico e na ação curativa, sustenta o paradigma hegemônico da biomedicina em décadas anteriores, e que ainda está presente nas práticas dos profissionais. Essa mudança poderá ser efetivada no cotidiano das práticas dos trabalhadores da VE, na medida em que os processos educativos estimularem a participação de todos os sujeitos no processo de construção do conhecimento, e valorizarem a troca de experiências entre eles.

Os cursos e treinamentos na área da VE idealizados pelo Ministério da Saúde seguem na maioria das vezes o modelo de Cursos Básicos em Vigilância Epidemiológica (CBVE) para o controle dos agravos (BRASIL, 2000) e desta forma, são repassados para os estados e municípios. Os CBVE foram implantados pelo MS como uma das estratégias para a qualificação dos trabalhadores que atuam no campo da VE. No entanto, eles possuem características normativas e padronizadas, que nem sempre atendem às diversas realidades e particularidades dos municípios brasileiros.

As capacitações de modo geral desenvolvem-se sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas e ideológicas que antecipam e determinam limites, possibilidades e o espaço dentro do qual esses processos podem operar. Desta forma, reconhecer que existe uma série de fatores que podem interferir e que devem ser considerados é a primeira condição para evitar desvios frequentes. Dentre os principais problemas identificados nesses processos, podemos perceber a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meios de se alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional, de práticas e do modelo de atenção à saúde.

Outros fatores associados ao imediatismo das propostas de capacitação, acreditam na possibilidade de grandes efeitos e resultados de um programa educativo de aplicação rápida, quase como em passe de mágica, bem como na tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é verticalizada. Estas são questões importantes a serem refletidas na elaboração do planejamento das ações.

Todos os fatores referidos acima devem ser considerados, visto que as capacitações na área da saúde sempre foram uma das estratégias mais usadas para se enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços. Assim como em outras áreas, no campo da VE, grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem e a qualificação dos profissionais ocorre por meio desses processos. Por isso, é preciso repensá-los em outra lógica, articulando as necessidades de aprendizagem às necessidades do trabalho e vice-versa, de modo que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano do trabalho das pessoas e das organizações de saúde. Esse movimento retroalimenta permanentemente a relação trabalhador-trabalho, gerando processos de transformações mútuas.

Os processos de capacitação, se concebidos de forma participativa e articulados com as reais necessidades dos serviços, da população e dos trabalhadores da saúde, podem representar uma ferramenta de gestão importante no processo de descentralização das ações de VE para as instâncias municipais e locais.

Nesse sentido, o processo de descentralização das ações de saúde vem exigindo dos gestores capacidade de análise dos seus sistemas locais de saúde, a reestruturação dos serviços e a incorporação dessas práticas no cotidiano das unidades de saúde. Para tanto, torna-se cada vez mais urgente a implementação das estratégias de educação permanente em saúde para a qualificação dos trabalhadores e gestores dos sistemas municipais, de modo que as equipes possam, nas instâncias locais, promover mudanças e melhorar o atendimento à população.

Nesse momento, é importante destacar a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país, pois, com isso, vislumbra-se a possibilidade da descentralização efetiva das ações de VE para as equipes dos sistemas locais. Para tanto, é necessário que os trabalhadores incorporem no cotidiano do trabalho as ações de VE como uma ação que permeia todos os níveis da atenção. Entretanto, o estudo de Santos (2006) revela que as ações de VE são entendidas pelos profissionais e gestores da saúde como uma ação administrativa, burocrática e de responsabilidade da equipe técnica da VE lotada na Secretaria Municipal de Saúde.

Diante disso, a autora considera as ações de Educação Permanente em Saúde como eixos estruturantes e fundamentais para as mudanças das práticas e a consolidação do processo de descentralização das ações de VE para as equipes.

O cenário epidemiológico atual convive com situações diversas que perpassam pelo recrudescimento de problemas, como: a dengue; febre amarela urbana; aparecimento de doenças emergentes, a exemplo da AIDS; permanência de agravos crônicos ditos da pobreza, como a hanseníase e a tuberculose; bem como pela necessidade do controle de doenças erradicadas ou em fase de erradicação, como a poliomielite e o sarampo respectivamente. Esse cenário diversificado de problemas que faz parte da realidade da vida moderna requer cada vez mais dos trabalhadores e gestores da saúde uma nova interpretação desses fenômenos, e um olhar voltado para a interdisciplinaridade do conhecimento.

Desta forma, ao que tudo indica, a descentralização da saúde, inclusive no campo da VE, pouco considerou nesse momento o principal elemento capaz de transformar as práticas hegemônicas rumo à efetivação da proposta da descentralização, que são os investimentos na formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. Com isso, é possível afirmar que os processos de capacitação em VE assim como a condução para sua implantação nos municípios assumem uma lógica semelhante baseada na centralidade e na verticalidade.

Nesse sentido, Cerqueira (2003) revela no seu estudo que as ações de VE são fragmentadas e desarticuladas da atenção básica. E acrescenta que o setor de VE apresenta problemas de ordem estrutural e de deficiências no processo de capacitação e treinamento de pessoal para o desenvolvimento das ações.

Como já foi descrito anteriormente, a maioria das atividades educativas desenvolvidas na área da saúde, inclusive as promovidas pelo MS, constituem-se em cursos esporádicos e de curta duração (BRASIL, 2007). Desta forma, a metodologia adotada pela instância central, de certa forma, influencia e condiciona a reprodução desse mesmo modelo pelos estados e municípios.

Os resultados apontados nas pesquisas evidenciam a dificuldade de articulação entre os diversos programas de saúde já existentes e a superação de seu caráter fragmentado, de modo que os princípios da educação permanente em saúde sejam incorporados no processo de produção dessas ações por todas as esferas de gestão do SUS.

As demandas para educação permanente dos trabalhadores da saúde não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais; mas, prioritariamente, a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade à população, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços com produção em rede e de forma intersetorial. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas nessas ações.

A complexidade que envolve a área da saúde e da educação tem gerado cada vez mais a necessidade ampla de mudanças na permanente capacitação dos trabalhadores, não só com treinamentos verticalizados e pontuais, mas com processos participativos que estimulem questionamentos sobre as concepções e práticas da VE e a sua forma de organização nos municípios. Com isso, os processos educativos se constituem em um importante foco de discussão, dada a potencialidade destes para imprimir mudanças significativas nas práticas dos trabalhadores da saúde, no modelo de atenção e, conseqüentemente, na construção de novas políticas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, através de estudo de caso, visto que, buscou-se analisar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica no SUS municipal.

A escolha da abordagem qualitativa se definiu, sobretudo, em decorrência da possibilidade de abordar o objeto de forma mais abrangente, visto que a análise dos discursos dos diferentes sujeitos envolvidos no estudo possibilitou captar a compreensão desses atores acerca dos processos de capacitação em VE.

Minayo (2007, p.21), ao definir a pesquisa qualitativa afirma que:

A pesquisa qualitativa se ocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, e da intencionalidade, que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Para a autora, “esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida” (MINAYO, 2007, p.21).

Nesse sentido, a escolha da abordagem qualitativa para essa pesquisa refletiu uma tentativa nossa de buscar mais profundamente a compreensão do fenômeno estudado nas suas múltiplas dimensões.

A combinação da abordagem qualitativa com o estudo de caso, associado ao olhar analítico do pesquisador sobre o objeto de pesquisa em questão, permitir uma melhor compreensão desse objeto em seu contexto e complexidade.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso representa uma estratégia de pesquisa apropriada quando se colocam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos no contexto da vida real.

Gil (1991, p. 60) define estudo de caso como:

Um conjunto de dados que descrevem uma fase ou totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações

culturais, quer seja essa unidade uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação. Cujas vantagens são o estímulo a novas descobertas, ênfase na totalidade e simplicidade dos procedimentos.

Para Yin (2005, p. 32), um “estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O autor acrescenta que o estudo de caso, como estratégia de pesquisa, compreende um “método que abrange tudo, da lógica do planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos” (YIN, 2005, p.32). Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente.

Ludke e André (1986) apresentam algumas características fundamentais que possuem os estudos de casos, tais como: visa à descoberta de novos elementos que favorecem um movimento constante no confronto entre a teoria e o material empírico; enfatiza a interpretação do contexto para a apreensão do objeto; usa uma variedade de fontes de informações e retrata a realidade concreta permitindo focalizá-la em sua complexidade; e evidencia a multiplicidade de dimensões e as interrelações referentes ao objeto de estudo.

A grande vantagem da estratégia de estudo de caso é a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, permitindo ao pesquisador ser criativo, podendo explorar elementos que necessariamente não estavam previstos no início da investigação.

Portanto, considerando a possibilidade da análise mais aprofundada sobre os processos de capacitação em VE no sistema municipal, o estudo trouxe novos conhecimentos sobre Educação e Saúde no contexto do SUS e contribuições para a implementação das ações de educação permanente para os trabalhadores.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estudo tem como campo de investigação o município de Feira de Santana, BA, o qual desde 1990 ao ser promulgada a Lei nº 37 de 05 de abril de 1990, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Município passou a integrar ao Sistema Único de Saúde e a responsabilizar-se, dentre outras questões, por ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (FEIRA DE SANTANA, 1998).

O município de Feira de Santana é o segundo maior do estado da Bahia em contingente populacional, e é considerado o principal entroncamento rodoviário da região nordeste. Essa característica gera um fluxo migratório e propicia a entrada de uma população flutuante considerável para a região de Feira. Possui uma população de 571.997 habitantes, distribuídos numa área geográfica de 1.363 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2008).

Feira de Santana acompanha as tendências nacionais com relação ao quadro de morbidade, pois apresenta doenças re-emergentes, como a dengue; doenças crônicas consideradas negligenciadas e decorrentes da pobreza, a exemplo da tuberculose; bem como doenças emergentes, como a Aids e, recentemente, a Influenza A - H1N1.

Com relação ao sistema municipal de saúde, Feira de Santana encontra-se habilitada na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal desde 2004, conforme definição da Norma Operacional de Assistência a Saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

A rede de serviços de Atenção Básica é composta por 16 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e 84 Unidades de Saúde da Família, o que representa uma cobertura de 60,0% da população (FEIRA DE SANTANA, 2008). O município atende às média e alta complexidades, sendo referência para 80 municípios das macrorregiões de saúde centro-leste e centro, e gerencia recursos financeiros da ordem de R\$ 35 milhões por ano que são destinados para o setor saúde (BRASIL, 2006).

Como unidade retaguarda para as ESF, o município dispõe de cinco policlínicas, um hospital especializado na atenção a saúde da mulher e um hospital de referência para atendimento à criança. Além dessas unidades, foram implantados, um Centro Especializado de Hipertensão e Diabetes; dois Centros de Atenção Psicossocial; sendo: um direcionado para o atendimento à criança e ao adolescente e o outro para o adulto e o idoso.

Em 1993, o município solicita junto ao MS o pleito de adesão e certificação das ações de VE. Para tanto, foi definida a estrutura e a equipe mínima necessária para a implantação do serviço no âmbito municipal, conforme parâmetros estabelecidos pelo mesmo ministério. Com a certificação, o município começa a receber os recursos financeiros destinados especificamente para a realização dessas ações e assume a execução das mesmas. Além disso, através do regimento interno da secretária municipal da Saúde (SMS), estabelece o elenco de ações responsabilidade da Divisão de Controle Epidemiológico (DCE), o qual está hierarquicamente subordinado ao Departamento de Atenção à Saúde.

As competências da DCE são: analisar e acompanhar o comportamento das doenças e agravos no âmbito municipal e realizar investigação dos casos suspeitos notificados em

articulação com as unidades de saúde da rede municipal (FEIRA DE SANTANA, 1993). Com isso, essas ações que até então eram desenvolvidas pela 2ª Diretoria Regional de Saúde (2ª DIRES) passam para o âmbito municipal.

Com relação à Gestão de Recursos Humanos, a SMS possui um setor responsável que atende as questões relacionadas aos processos administrativos dos funcionários. Porém, o parecer final desses processos compete ao setor de Recursos Humanos (RH) da Prefeitura.

A estruturação do setor de Educação Continuada (EC) surge a partir de 1994, com a função de realizar o curso de formação do pessoal de nível médio que atuavam de forma irregular como atendente de enfermagem na rede municipal. O curso objetivava qualificar esse pessoal para auxiliares de enfermagem, visto que a função de atendente tinha sido extinta pelo MS. Com isso, a equipe da EC era composta exclusivamente por enfermeiras, e o setor era atrelado à divisão de enfermagem.

Em 1999, é aprovado um novo organograma e regimento interno da SMS e, nesse momento, o setor de EC passa a ser denominado Setor de Educação Permanente (SEP), tendo como atribuições a atualização de pessoal e o aperfeiçoamento dos funcionários recém admitidos (FEIRA DE SANTANA, 2006).

Em 2002, mais uma vez, a SMS passa por mudanças de regimento interno e estrutura organizacional, sendo criado o cargo de coordenador para o setor, que passa a ser denominado de Seção de Capacitação Permanente (SCP), continuando assim até o momento atual.

Por se tratar de um estudo de caso sobre “Os processos de capacitação em VE”, foram selecionados os campos para a pesquisa: a Divisão de Controle Epidemiológico da Secretária Municipal de Saúde, que é responsável pela coordenação das ações de VE no âmbito municipal; uma Unidade de Saúde da Família; e uma Unidade Básica de Saúde tradicional.

Os critérios de inclusão das unidades de saúde (ESF e UBS) selecionadas para a pesquisa foram estabelecidos antes do início do trabalho de campo, quais sejam:

- Unidades de Saúde com maior tempo de implantação;
- Menor rotatividade de profissionais;
- E para as USF foi também considerada aquela que no momento da pesquisa estava com a equipe mínima completa (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde).

As duas unidades (USF e UBS), selecionadas se diferenciam tanto na estrutura física quanto na gestão das ações. A USF escolhida para o estudo possui uma estrutura física deficiente, pois se trata de uma casa alugada e adaptada para desenvolver as ações. A unidade é bem localizada e possui uma área de abrangência definida. A equipe mínima consta de uma

médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um agente administrativo, um profissional de serviços gerais e cinco ACS. Na equipe, a enfermeira pelo seu perfil de liderança e capacidade de gestão, é quem exerce as funções de coordenação das ações dentro da unidade.

A unidade básica selecionada apresenta deficiências na conservação do imóvel, porém possui uma estrutura física um pouco melhor se comparada à USF, pois esta foi planejada para atender aos requisitos de uma unidade de saúde. A unidade é bem localizada, atende através do agendamento prévio de consultas por categoria profissional e estes permanecem na unidade até concluírem o quantitativo de atendimentos previamente definidos. Nesse sentido, a lógica de atendimento é a da produção de consultas.

A unidade possui um gerente que oficialmente está designado para responder pelas questões administrativas; porém, muitos problemas técnicos e de gestão do serviço acabam sendo absorvidos pelas enfermeiras que, historicamente, sempre assumiram a liderança e o papel de coordenação nas unidades de saúde. Os demais profissionais, principalmente os de nível superior, não se envolvem diretamente com as questões gerenciais da unidade.

Com relação ao quadro de pessoal, a unidade possui três médicos, um dentista, duas enfermeiras e 08 ACS.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A escolha dos sujeitos entrevistados se processou de forma intencional, e com critérios definidos previamente, visto que esses sujeitos pelas funções que desempenham e pelo cargo ocupado influenciam diretamente na dinâmica do objeto da pesquisa. A população deste estudo foi estruturada em três grupos e organizada da seguinte forma:

Grupo 1: Gestores da SMS: Secretário Municipal de Saúde, Coordenadora da Seção Capacitação Permanente e Coordenadora da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde.

Grupo 2: Profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam na Divisão de VE da Secretaria.

Grupo 3: Profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam na Atenção Básica, quer seja na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade Saúde da Família.

No grupo 1, foram entrevistados os gestores que no momento da coleta estavam ocupando esta função, independentemente do tempo em que estavam no exercício do cargo.

Para o grupo 2, foram escolhidos aqueles trabalhadores de saúde que atuam na VE há pelo menos um ano, pois se considera que estes já tenham tido oportunidade de terem vivenciado experiências de participação nos processos de capacitação em VE da SMS durante esse período.

Com relação ao grupo 3, foram entrevistados profissionais de saúde de nível médio e superior lotados na UBS e na USF.

Com relação à escolha das unidades de saúde, foi definido como critério de inclusão para a pesquisa a USF que tinha a equipe mínima completa conforme preconiza o MS e aquela considerada com pouca rotatividade de profissional desde a sua implantação.

Com relação à UBS, foi selecionada a que tinha maior tempo de funcionamento na rede municipal e que dispunha de profissionais de nível médio e superior atuando.

As entrevistas foram gravadas (com duração em média de 30 minutos) e transcritas pela pesquisadora.

A nossa inserção no campo foi facilitada, devido ao fato de ser trabalhadora da VE e, portanto, ter melhor acesso à maioria dos sujeitos selecionados para participarem da pesquisa. Em contrapartida, o fato de ser sujeito e pesquisadora ao mesmo tempo constituiu, a princípio, uma dificuldade, haja vista que essa proximidade poderia inibir ou influenciar as respostas dos sujeitos da pesquisa. Para evitar qualquer tipo de interferência nas respostas por conta deste fato, os entrevistados foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e como seriam trabalhados os depoimentos, de modo a deixá-los livres para se expressarem.

O momento mais difícil foi o da análise e discussão dos achados, visto que o fato de ser trabalhadora da VE e vivenciar o cotidiano de trabalho onde se realizou a pesquisa poderia em algum momento influenciar na análise dos resultados.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados primários se procedeu através da técnica de entrevista semi-estruturada e a coleta de dados secundários foi realizada através da análise de documentos.

Segundo Yin (2005, p. 116-117), a entrevista se constitui uma das fontes de informação mais importantes para um estudo de caso, pois, ao longo da entrevista, o pesquisador poderá “seguir sua própria linha de investigação, como reflexo do protocolo do seu estudo de caso, e fazer as questões reais (de uma conversação) de uma forma não tendenciosa que também atende às necessidades de sua linha de investigação”.

A entrevista semi-estruturada é uma técnica que valoriza a presença do investigador e oferece perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (TRIVÑIOS, 1992).

As entrevistas foram realizadas conforme roteiro (APÊNDICE A) direcionado para os atores que compõem o grupo de gestores, o roteiro (APÊNDICE B) para o grupo dos profissionais de saúde lotados no setor da VE da SMS e o roteiro (APÊNDICE C) para o grupo dos trabalhadores de saúde que atuam na Atenção Básica (UBS e ESF). E as entrevistas foram gravadas após a aceitação e autorização dos informantes.

Os dados secundários foram obtidos através de documentos, tais como: Relatórios de Gestão, Plano Municipal de Saúde e Organograma da SMS, sendo destacados os documentos que fazem referência à gestão de RH e aos processos de capacitação dos trabalhadores da saúde do período de 2006 a 2009. Para a análise de documentos, foi utilizada uma matriz adaptada (APÊNDICE D) do trabalho intitulado “Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para equipe de saúde da família” (SANTOS, 2006).

Segundo Yin (2005), essas fontes de informação obtidas através da análise de documentos são úteis para corroborar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas.

Com relação à delimitação do número de entrevistas realizadas, foi utilizado o critério de saturação para os entrevistados do grupo 2 e para os profissionais do grupo 3 lotados na UBS. O mesmo critério foi adotado para os Agentes Comunitários de Saúde, por estarem em maior número. Com relação aos profissionais de nível médio e superior lotados nas USF, todos da equipe foram entrevistados, não sendo adotado o critério de saturação para esses trabalhadores. Em relação ao grupo dos gestores, todos foram entrevistados.

3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Conforme protocolo e princípios éticos estabelecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), inicialmente foi encaminhado um ofício pela coordenação do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) à secretaria municipal da Saúde de Feira de Santana, solicitando permissão para a realização dessa pesquisa.

O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética recomendado pelo Conep (ANEXO A). A coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto por este conselho e autorização oficial do Secretário Municipal de Saúde (ANEXO B).

Após a concordância do entrevistado em participar da pesquisa, foi solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) e, em seguida, a assinatura do mesmo em duas vias, conforme preconiza a Resolução 196/96, que considera pesquisa em seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (BRASIL, 1996, p. 5). Antes do início das entrevistas, foram fornecidos esclarecimentos sobre a pesquisa e seus objetivos.

Buscamos respeitar o direito do indivíduo em aceitar participar ou não do estudo, e de desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Foram assegurados o anonimato e a privacidade do entrevistado, utilizando-se pseudônimos na transcrição e divulgação da sua fala, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural.

Quanto ao material da gravação, o mesmo ficará sob a guarda das pesquisadoras na Escola de Enfermagem da UFBA por um período de cinco anos, podendo ser requisitado pelos entrevistados a qualquer momento. Após esse período, o material será destruído.

Os resultados da pesquisa foram publicados nesta dissertação, bem como poderão aparecer em artigos acadêmicos e eventos científicos.

A pesquisadora e os entrevistados não foram remunerados pela participação neste estudo, sendo que as despesas com a pesquisa foram de responsabilidade da primeira.

Os resultados desta pesquisa contribuirão com os gestores e trabalhadores da saúde, na medida em que permitirão que estes reflitam sobre os processos de capacitação desenvolvidos no campo da vigilância epidemiológica (VE), sua importância como instrumento de gestão no processo de descentralização das ações de VE e nas mudanças das práticas dos trabalhadores da saúde.

3.6 ANÁLISES DOS ACHADOS

A análise dos achados se procedeu com a utilização da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2002), a qual se constitui em uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo é como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a

influência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Trabalhar com análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p. 105).

A partir da análise de conteúdo, é possível captar através do discurso dos sujeitos o modo como são planejados e avaliados os processos de capacitação da VE e deste modo, garantir uma melhor elucidação do objeto e dos objetivos da pesquisa.

O primeiro movimento de análise foi efetuado a partir dos dados extraídos das entrevistas e nesse momento, através das falas dos sujeitos, percebeu-se como os trabalhadores da saúde desenvolvem os processos de capacitação da VE. Para tanto, esta análise foi operacionalizada da seguinte forma:

- Primeiramente, foi realizada a leitura geral e exaustiva de todo material coletado nas entrevistas com a transcrição imediata do conteúdo logo após a realização de cada entrevista.
- Como as entrevistas foram realizadas seguindo a definição dos sujeitos a serem entrevistados em cada grupo, a ordenação dos dados foi feita conforme a sequência das entrevistas por grupo (1, 2 e 3), procurando realizar nesse momento uma primeira categorização;
- Após a leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas foi feita a classificação dos dados e, nesse momento, já foram se destacando os elementos para a formação da unidade temática central e das sub-unidades.
- Elaboração dos quadros esquemáticos (APÊNDICE F) representando os processos de capacitação em vigilância epidemiológica, a integração, avaliação e planejamento na produção desses processos na VE e a educação permanente em saúde.
- A partir da organização dos achados foi possível identificar como unidade temática central: **Processos de capacitação em vigilância epidemiológica no SUS municipal: pontuais, técnicos, emergenciais e impositivos.** Em seguida, foram identificadas três sub-unidades:
 - (Des) integração dos processos de capacitação na vigilância epidemiológica;
 - Estratégias relacionadas aos processos de capacitação: o planejamento e a avaliação respondem às necessidades da vigilância epidemiológica?;

- A construção dos processos de capacitação na vigilância epidemiológica e a educação permanente em saúde.

Os dados extraídos das entrevistas foram complementados com os documentos buscando identificar as convergências entre eles, de modo que novos elementos contribuíssem para o aprofundamento das análises do fenômeno estudado.

Os discursos dos entrevistados são identificados no final das falas, obedecendo à ordem numérica de cada entrevista realizada (1 a 3: gestores; 4 a 11 trabalhadores lotados na VE; e 12 a 24: trabalhadores de saúde da UBS e da ESF), seguido da classificação conforme o grupo (1, 2 ou 3) estabelecido no estudo.

4 PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SUS MUNICIPAL: PONTUAIS, TÉCNICOS, EMERGENCIAIS E IMPOSITIVOS

[...] eu vejo que a gente precisa repensar os processos de capacitação da vigilância epidemiológica [...] hoje eu digo que já fico cansada de realizar essas capacitações e os resultados não é o que a gente espera [...] a gente fica se questionando, será que foi capacitado mesmo? [...] o resultado que a gente ver na prática é que parece que ninguém viu nada, ninguém participou de capacitação nenhuma. (Ent. 4 grupo 2).

Reporta-se à fala acima para iniciar as discussões deste capítulo, por explicitar a necessidade de repensar os processos de capacitação em VE, haja vista que, para o sujeito, o modelo de capacitação até então utilizado na VE não vem alcançando os resultados esperados com relação às mudanças das práticas dos trabalhadores. Para o entrevistado, as capacitações se traduzem em mais uma atividade que lhe é imputada pela instituição, mas sem resultado significativo para o processo de trabalho e para reversão das práticas.

Portanto, a evidência da insatisfação do sujeito no tocante aos resultados observados na prática aponta para a necessidade de mudanças na condução dessas ações, de modo que os processos educativos sejam geradores de motivação para a análise dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino. Concebidas desta forma, as capacitações além de possibilitarem a atualização técnica dos profissionais da saúde, podem estimular a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e de qualificação da equipe, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos.

Nesse sentido, pode-se atribuir que, possivelmente, o insucesso de grande parte das estratégias de capacitação e treinamentos tradicionais dirigidos aos trabalhadores da saúde, se devem ao fato de que estes, na maioria das vezes estão desarticulados da realidade do trabalhador, do usuário, dos serviços e partem do princípio de que o outro nada sabe sobre o tema a ser abordado. Portanto, segundo Freire (1983), essa é uma visão "bancária" da educação, onde o "saber" é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Nessa concepção, o conhecimento é visto como algo que possa a ser absorvido passivamente.

Assim, as ações educativas concebidas nessa lógica expropriam dos sujeitos os seus valores, crenças e saberes, tornando-os objetos do processo de construção do conhecimento. Desta forma, as pessoas não se sentem sujeitos ativos e, com isso, as capacitações não alcançam os objetivos desejados. Para Mortimer (2000), a aprendizagem se dá através do

ativo envolvimento do aprendiz com a construção do conhecimento, sendo que as idéias prévias dos sujeitos desempenham um papel importante no processo de aprendizagem.

Segundo Feuerwerker (2002), o processo de aprendizagem deve partir dos conhecimentos já adquiridos e está baseado num processo de auto-análise e auto-reflexão. Para a autora, é preciso reconhecer que não há uma ignorância total, mas sim necessidades de aprendizagem para a produção do desenvolvimento cultural; e ainda que a aprendizagem precisa ser reconhecida em diálogo com os próprios grupos, variando de situação para situação, e ao longo do tempo.

Desta forma, as razões dos resultados insatisfatórios dessas ações no campo da VE podem estar associadas a outros fatores, sejam objetivos e/ou subjetivos, que perpassam desde a formação até aos aspectos políticos, sociais e culturais que envolvem o trabalhador e o contexto da saúde e da educação em que o mesmo está inserido.

Segundo Ceccim (2005a), a aprendizagem significativa ocorre quando o sujeito se sente motivado, isto é, tem o desejo de se apropriar de novos conhecimentos e quando os conhecimentos prévios do trabalhador sobre o contexto local são considerados.

Para o autor, a aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para o sujeito. Geralmente, isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta ou a uma inquietação do indivíduo e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual se retêm conteúdos. “Na aprendizagem significativa as experiências são acumuladas e renovadas” (BRASIL, 2005 p. 23).

Além das questões já analisadas, o depoimento acima retrata um sentimento de tempo perdido e de desânimo, visto que os resultados esperados não são alcançados. Esse sentimento pode ser impulsionador de mudanças, desde que trabalhadores e gestores da saúde questionem os processos e os resultados dessas ações permanentemente e participem ativamente dessa (re) construção.

Desta forma, repensar a construção dos processos de capacitação em VE para os trabalhadores da saúde por tudo que já foi evidenciado no depoimento do sujeito se constitui em uma necessidade e um desafio a ser enfrentado de forma participativa.

Os depoimentos a seguir demonstram que as capacitações na área da VE são caracterizadas predominantemente como pontuais, técnicas e emergenciais, sendo realizadas principalmente a partir da constatação de ocorrência de surtos e epidemias que estejam acontecendo na região. O caráter impositivo também é evidenciado nas falas dos sujeitos ao se referirem às capacitações direcionadas por instâncias hierárquicas superiores.

Os processos de capacitações da vigilância epidemiológica são executados na ocorrência de surtos ou epidemias e de agravos inusitados. As capacitações são repassadas pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, como pelo pessoal da DIRES, da SESAB, FUNASA e às vezes do próprio Ministério da Saúde (Ent. 5 grupo 2).

As capacitações acontecem muito em momentos de surtos e epidemia, nesse momento se faz tudo corrido, a vigilância chama todo mundo para capacitar [...] esse ano foi assim com a dengue, depois com a gripe e com meningite, [...] na verdade, a gente passa o tempo todo apagando incêndio, depois que a doença acontece (Ent. 5, grupo 2).

Em situações caracterizadas como emergenciais, a VE necessita de fato adotar medidas de controle imediatas, pois faz parte da sua função interromper a cadeia de transmissão e impedir a propagação dessas doenças na população.

A imprensa também aparece como impulsionadora de informações e eventos educativos, como mostra o depoimento abaixo, principalmente no momento de epidemias em que o problema atinge a população e promove uma repercussão coletiva. Com isso, ela exerce um papel importante de alertar os gestores, técnicos da VE e demais trabalhadores da saúde, bem como divulgar para a população informações sobre as doenças e agravos e, desta forma, estimular os serviços a realizarem capacitações entre outros eventos educativos de esclarecimento à população.

[...] a maioria das capacitações da vigilância epidemiológica surgem em decorrência de alguma doença ou surto que esteja acontecendo no momento, principalmente quando a imprensa começa a divulgar para a população, como aconteceu com a Dengue e com a Gripe H1N1, ou quando a SESAB ou o próprio Ministério da Saúde solicita (Ent. 7, grupo 2).

Muitas vezes, as informações oriundas da imprensa são fontes eficientes de dados, devendo ser considerada e processada a investigação epidemiológica pertinente para o esclarecimento da situação (BRASIL, 2002). Para a VE, a informação é uma ferramenta importante para a tomada de decisão e conseqüentemente, a realização das ações.

A seguir, a fala do sujeito caracteriza os processos de capacitações da VE como sendo de caráter pontual, técnico, emergencial e impositivo, evidenciando mais uma vez a necessidade do atendimento às situações inusitadas e de epidemias que acontecem no município. Essas ações necessitam ser refletidas cotidianamente no exercício do trabalho, para que se possa efetivamente atuar na perspectiva da promoção da saúde, bem como na prevenção de doenças e agravos, de forma planejada e contextualizada.

[...] as capacitações que nós temos são técnicas e pontuais. [...] que de certa forma descem “goela abaixo”, [...] e que são impostas pelo Ministério da Saúde para cumprir uma programação. [...] não vejo na Vigilância Epidemiológica um projeto próprio, baseado nas necessidades e no perfil local, inclusive na área de capacitação dos profissionais. [...] a maioria das capacitações são promovidas pela Vigilância no momento que acontecem os problemas [...] não se tem planejamento prévio [...] passamos o ano “apagando incêndio” ou então cumprindo o que é determinado pelas instâncias superiores (Ent. 5, Grupo 2).

[...] temos também muitas campanhas de vacina e sempre tem capacitação, para se determinar metas que temos que cumprir (Ent.13, grupo 3).

Entretanto, os processos de capacitação, quando construídos sem articulação com a realidade dos serviços, tendem a se distanciar dos princípios da Educação Permanente em Saúde que consideram a aprendizagem no trabalho o principal elemento norteador dos processos educativos, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Com isso, entende-se que as atividades educativas devem ter sua origem e execução próximas à realidade do trabalho para que estimulem sua problematização e promovam o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005b).

Nesse sentido, os achados revelam que a identificação das necessidades por processos de capacitação em vigilância epidemiológica para os trabalhadores, predominantemente, têm origem externa ao serviço, ou seja, eles são geralmente implementados por outras instâncias podendo, nesse caso, não atender as necessidades dos usuários, da população e do próprio trabalhador da saúde.

As falas também revelam a dificuldade dos trabalhadores das unidades básicas de saúde de gerarem as próprias demandas de capacitação no campo da VE por meio da identificação das suas necessidades, nos seus espaços internos e locais. Não diferente disso, Viana e outros (2008), em pesquisa recente de avaliação de recursos humanos na atenção primária realizada no estado de São Paulo, demonstram que a sede do município é o local em que mais ocorrem processos de capacitação, e que a própria unidade básica de saúde é pouco utilizada com esse objetivo.

Ribeiro e Motta (1996, p. 13), ao se referirem às relações que têm sido estabelecidas nos âmbitos central e local, afirmam que a área de desenvolvimento de pessoal tem ficado responsável pela resposta a demandas pontuais, na maior parte das vezes vinculadas às

necessidades estruturadas no âmbito central, o que tem caracterizado uma dissociação entre essas instâncias, dificultando as possibilidades de reorganização das práticas educativas.

Desta forma, observa-se que as demandas por capacitações para os trabalhadores são predominantemente definidas pela VE da SMS ou por solicitação de instâncias hierárquicas superiores, não sendo evidenciada nas falas dos sujeitos a participação ativa dos mesmos na produção dessas ações. Nesse sentido, os processos de capacitação da VE podem não expressar as reais necessidades dos serviços, dos trabalhadores e da população da área de abrangência das unidades de saúde.

Compreendendo que as concepções da Educação Permanente em Saúde (EPS) se baseiam na problematização da realidade do trabalho, na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, pode-se ratificar a afirmação acima. A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e que estes sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (CECCIM, 2005b).

A Pneps estabelece que os processos de educação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005a).

Desta forma, percebe-se que a educação permanente busca uma ruptura com a lógica da produção de procedimentos educativos impositivos e verticalizados, e ressalta as demandas por mudanças baseadas na análise dos processos de trabalho e nos seus problemas e desafios.

O estudo realizado por Mélo (2001, p.86) corrobora com os depoimentos acima e aponta que “os processos educativos são caracterizados como programas pontuais, verticalizados e definidos em atenção aos programas estabelecidos no âmbito central e descontextualizados das necessidades do município”.

Nos depoimentos a seguir, percebe-se através das falas dos entrevistados, tanto dos gestores como dos trabalhadores, a predominância das ações de VE centradas na ocorrência de doença, sobretudo das doenças transmissíveis, refletindo nessa mesma lógica as práticas educativas que se caracterizam como ações técnicas-emergenciais centradas na doença, surtos e epidemias. A ênfase no modelo biomédico centrado na doença retrata uma prática reducionista das ações da VE, voltada predominantemente para o controle das doenças transmissíveis e de notificação compulsória.

[...] esse ano teve muitas capacitações promovidas pela vigilância, foram muitos problemas e doenças [...] a exemplo da dengue, gripe, meningite [...] na verdade passamos o ano apagando incêndio (Ent.13, grupo 3).

Na maioria das vezes as capacitações da Vigilância Epidemiológica ocorrem quando o problema acontece. [...] Vigilância deveria trabalhar com promoção e prevenção, deveria capacitar os profissionais antes das doenças já instaladas (Ent. 5, grupo 2).

As capacitações na área da Vigilância Epidemiológica são importantes e necessárias [...] precisam acontecer mesmo, pois a Vigilância trabalha com muitas doenças (Ent. 2, grupo 1).

Entretanto, além das necessidades de capacitação advindas das situações emergenciais que fazem parte do processo de trabalho da VE, o planejamento das ações de capacitação nesse campo do conhecimento deve considerar o perfil epidemiológico local com a identificação de fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de modo que as concepções sobre a promoção da saúde e prevenção de agravos sejam incorporadas no cotidiano de trabalho da equipe, possibilitando evitar possíveis danos à saúde da população.

A expressão “apagar incêndio” referida de forma constante pelos sujeitos ao descreverem o modo como as capacitações são realizadas na VE, possivelmente, pode retratar uma prática voltada predominantemente para as ações emergenciais de controle das doenças infecto-contagiosas em detrimento de um processo de trabalho na perspectiva da Vigilância da Saúde.

Segundo Mendes (1996, p. 244), a Vigilância da Saúde pode ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual. Nesse sentido, a concepção de Vigilância da Saúde propõe um novo paradigma em relação ao modelo de atenção, de modo que a organização tecnológica do trabalho se processe na sua integralidade.

O modelo da Vigilância da Saúde contrapondo-se ao modelo hegemônico propõe-se a responder os problemas de saúde através de uma ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença, atuando, dessa forma, sobre os danos (agravos, doenças, acidentes), os riscos (fatores individuais e coletivos; pessoais e sócio-ambientais) e os determinantes (sócio-estruturais) desse processo (PAIM; TEIXEIRA, 1992).

Cerqueira (2003), ao estudar as práticas da VE em Feira de Santana, refere que nas falas dos entrevistados é possível identificar um reducionismo das ações de VE ao controle e prevenção de doenças de notificação compulsória. Percebe-se, então, uma prática centrada no modelo tradicional biologicista, individual e centrado na doença e no procedimento técnico em detrimento das ações coletivas e de promoção da saúde.

Corroborando com a autora o estudo de Santos (2006) evidencia uma prática de VE reducionista em que a doença é vista como um fenômeno individual, não se estabelecendo com as condições de vida e de saúde da população local.

A concepção dos trabalhadores e gestores sobre as ações de VE no contexto do SUS municipal evidenciada nos estudos citados reflete o domínio histórico do paradigma hegemônico biologicista e mecanicista que vem orientando as práticas de saúde, do ensino, da formação e da qualificação dos profissionais ao longo dos anos o que influencia o modelo atual de atenção à saúde prestada à população. Para Foucault (1993), o domínio da técnica sobre o corpo é um mecanismo de poder que permanece ainda muito presente nas práticas dos trabalhadores da saúde.

Portanto, a transformação do modelo requer a ampliação do debate crítico sobre as concepções e práticas na saúde e a utilização da educação enquanto componente estratégico de gestão do SUS. Requer, também, o exercício dialógico de gestores e trabalhadores da saúde sobre o que significa educar, aprender e intervir nos diversos contextos de trabalho do SUS, de modo a ampliar as estratégias educativas não só na dimensão técnica do controle das doenças, mas também na dimensão subjetiva, de relação interpessoal e de humanização do serviço, voltada para a realidade dos trabalhadores e para a transformação desta realidade (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005b).

Para que seja possível construir um novo modo de organizar e praticar a atenção em saúde, é necessário outro perfil de trabalho e de trabalhadores. Neste caso, a educação para o trabalho deverá pensar sobre ele e sobre a sua produção, com o objetivo não só de formar bons técnicos, mas boas equipes, capazes de serem criativas no pensar, no sentir, no querer e no atuar (BRASIL, 2004).

Portanto, para conquistar esse objetivo, é necessário promover a capacitação e o desenvolvimento das pessoas que trabalham na área da saúde, sendo a educação permanente uma estratégia a ser considerada.

A análise dos depoimentos dos entrevistados neste estudo evidencia que os processos de capacitação no campo da VE acontecem predominantemente de forma imediatista, reducionista, centrada no controle emergencial das doenças transmissíveis, nos surtos e epidemias que se apresentam no contexto do perfil epidemiológico do município. Aliado a esses fatores, percebe-se nos discursos que a metodologia utilizada nas capacitações privilegia a lógica da transmissão do conhecimento e da valorização do conteúdo técnico, descontextualizado da realidade e do cotidiano do trabalho.

Diante deste contexto, percebe-se a necessidade de mudanças no modo de pensar e produzir os atos na saúde, sobretudo no campo da VE e, para tanto, os processos educativos se constituem em instrumentos essenciais para se almejar essas transformações.

4.1 (DES) INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O depoimento do sujeito a seguir evidencia sob vários aspectos a relação entre a produção dos processos de capacitação em VE e o contexto em que estes está inserido. As expressões “corpo sem cabeça” e “barco à deriva” emergem um sentimento que retrata a realidade do cotidiano do seu trabalho na VE. O relato aponta em direção a problemas que podem envolver aspectos relacionados à gestão das ações da VE, ao processo de trabalho, bem como ao projeto de trabalho em equipe e de planejamento integrado das ações. Percebe-se subjetivamente no relato o sentimento de estar perdido, de não se saber o destino a que se quer chegar, o que pode ser traduzido também subjetivamente por fragilidades no planejamento participativo e nas definições de metas e objetivos para o trabalho em equipe.

[...] aqui na vigilância epidemiológica me sinto como um corpo sem cabeça [...] não temos um projeto de trabalho em equipe [...] me sinto como se estivesse num barco à deriva, sem norte, sem saber aonde chegar. A cada dia vejo as coisas piorarem [...] então isso aí reflete no modo como acontecem as capacitações na vigilância [...] é cada um para um lado separado, não tem integração (Ent. 5, grupo 2).

Outras interpretações podem ser evidenciadas no relato desse sujeito, a depender do olhar e da perspectiva analisada. Como nesse momento do estudo se pretende analisar como vêm se processando a articulação entre os setores e a integração entre os trabalhadores e gestores na produção dos processos de capacitação da VE, torna-se necessário analisar mais profundamente os aspectos subjetivos em que essas ações acontecem na relação e interação dos diversos sujeitos envolvidos na construção dessas ações.

Nesse momento, é importante compreender a noção de sujeito nas organizações, posto que segundo Enriquez (1994a), o sujeito é aquele que tenta sair tanto da clausura social como da clausura psíquica e da tranquilidade narcísica. É um ser criativo, que busca mudanças (pequenas, cotidianas), capaz de perceber a diversidade e de fazer de suas contradições, conflitos e medos a própria condição de vida. O sujeito é alguém que quer criar coisas, que reconhece a alteridade do outro e a própria alteridade.

Para Dejours (1999), a afetividade está na base da noção de subjetividade, e sujeito é alguém que vivencia afetivamente uma situação. Birman (1997) destaca o corpo e o afeto como dimensões essenciais da subjetividade. A afetividade, então, pode-se deduzir, está na base da possibilidade de projetos coletivos.

Todo projeto comum, como assinala Enriquez (1994a), precisa estar apoiado em alguma representação coletiva, em um imaginário social também comum. Tais representações devem ser não apenas intelectualmente pensadas, mas afetivamente sentidas para serem operantes. "Não se trata unicamente de querer juntos, trata-se de sentir juntos" (Enriquez, 1994b).

Esse sentimento de desintegração do trabalho em equipe e perda do espaço coletivo evidenciado nas falas dos sujeitos, na produção dos atos em saúde, no contexto social e político em que se inserem as organizações e os problemas que estas enfrentam, para Dejours (1999), podem ser denominados de um "mal-estar nas organizações de saúde". Tal situação tem produzido na população em geral e entre os profissionais de saúde ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde em nossa sociedade, sentimentos de perplexidade, impotência e muito sofrimento.

O depoimento abaixo evidencia o descontentamento do sujeito com o trabalho fragmentado que tende à separação e ao afastamento entre as pessoas no ambiente de trabalho. A referência ao trabalho dividido por doenças e agravos pode contribuir para a realização de um trabalho individualizado e centrado na realização de tarefas específicas para cada técnico, podendo dificultar a articulação e a troca de experiências entre eles.

[...] aqui na Vigilância Epidemiológica, cada técnico fica responsável por um grupo de doenças ou agravo [...] e isso não é bom, vai criando as caixinhas [...] é cada um cuidando da sua parte [...] as pessoas acabam se isolando (Ent. 7, grupo 2)

[...] eu acho que há falta de diálogo [...] a comunicação, ela não está sendo muito boa, a gente tem que trabalhar isso aqui dentro do serviço (Ent. 5, grupo 2).

Para Peduzzi (2001), o trabalho fragmentado, individualizado, com tendência à especialização na área da saúde, aprofunda verticalmente o conhecimento, e a intervenção em aspectos individualizados, sem contemplar, simultaneamente, a articulação das ações e dos setores.

Segundo Sá (1993), a viabilidade de qualquer projeto de mudança nas organizações de saúde depende, principalmente, da possibilidade de abertura ou desencadeamento de

processos sociais e intersubjetivos de criação e recriação constantes de acordos ou de pactos, sempre conjunturais e transitórios.

Nesse sentido, a tentativa de construção de um projeto coletivo não pode ter sua validade e êxito medidos apenas segundo critérios técnicos-científicos, mas devem ser considerados, sobretudo, do ponto de vista das relações humanas éticas e sociais.

A pouca integração entre os setores dentro da própria estrutura da SMS fica evidente nos depoimentos dos sujeitos a seguir, que convergem no sentido de pouca articulação, intra e interinstitucional no desenvolvimento do trabalho da VE, sobretudo no aspecto específico da produção dos processos educativos:

Eu não vejo integração nenhuma, porque toda capacitação que a gente faz é sozinho [...] a gente planejou e executou sozinho enquanto vigilância. Não vejo a participação do setor de Educação Permanente nesses processos (Ent. 6, grupo 2).

[...] quanto à integração da Vigilância Epidemiológica e a Seção de Capacitação Permanente, é uma lacuna, os treinamentos ocorrem, mas não tem integração (Ent. 7, grupo 2).

[...] a integração com a Seção de Capacitação Permanente deixa muito a desejar [...] as capacitações são frequentes e necessárias, fazemos aqui na Vigilância [...] é difícil também a integração com os outros setores (Ent. 2, grupo 1).

A pouca articulação da VE em especial com a atenção básica e a seção de capacitação permanente relatada nas entrevistas, se constitui em uma dificuldade para a implementação das ações e serviços de saúde no município, bem como para a realização dos processos educativos para os trabalhadores.

O estudo realizado por Santos (2006) aponta que a desarticulação intra-institucional pode ser atribuída, em parte, pela forma como historicamente vem se organizando o processo de trabalho da VE no município. Afirma a autora que o processo de trabalho é centrado em equipes treinadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações de vigilância, delegando para os trabalhadores das unidades básicas de saúde apenas as ações de notificação das doenças. Essa forma de realização do trabalho da VE dificulta a descentralização e incorporação dessas ações no cotidiano do trabalho da atenção básica.

Os depoimentos abaixo evidenciam mais claramente a dificuldade de integração da VE, sobretudo com a Atenção Básica, que se constitui como o primeiro nível de atenção do SUS. Através das Equipes de Saúde da Família (ESF), pretende-se buscar uma prática que

garanta a promoção à saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial a responsabilização pela saúde da população com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2008a).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) considera os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social como orientadores da Atenção Básica, e elege o Programa Saúde da Família como estratégico e prioritário para sua organização.

Segundo Assis e outros (2007) e Teixeira (2003), é fundamental estar atento e direcionar o olhar para investir na Atenção Básica à Saúde (ABS), espaço de organização e práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF) buscando, dessa forma, garantir a qualidade do atendimento na “porta de entrada” do sistema, na tentativa de reduzir as demandas reprimidas e as necessidades individuais.

Portanto, as ESF, a partir das ferramentas da vigilância, podem desenvolver habilidades de programação e planejamento das ações, de maneira a organizar a atenção à saúde da população da sua área de abrangência, a fim de garantir o acesso da comunidade aos serviços. E, desta maneira, gradativamente impactar sobre os principais indicadores de saúde, melhorando a qualidade de vida da comunidade. Como grande parte das ações de VE encontra-se no âmbito da Atenção Básica, torna-se necessário um trabalho interdisciplinar e articulado entre os setores.

[...] os setores da secretaria deveria ter uma interação maior, eu não vejo como a secretária trabalhar dissociada do Programa Saúde da Família. Eu acho isso inclusive impossível porque o Programa de Saúde Família é a porta de entrada [...] a própria coordenação da vigilância em contato com a coordenação do PSF não conseguiu modificar [...] alguns técnicos tiveram que sair daqui da Vigilância Epidemiológica e se deslocar até as unidades pra tentar conversar com esses setores pra tentar modificar essa visão [...] através de ofício também, através de cursos e hoje a gente consegue até resgatar um pouco disso, mas ainda a gente sente a necessidade de mais integração entre esses dois setores (Ent. 6, grupo 2).

Eu vejo que as enfermeiras da vigilância comunicam os setores para participar das capacitações como a Divisão de Enfermagem, PACS e PSF, Educação Continuada, o Gabinete e divisão das Policlínicas [...] elas convidam, fazem fôlderes com a programação e muitos não participam (Ent. 9, grupo2).

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais

problemas de saúde-doença das comunidades, e com ações de promoção e vigilância em saúde efetivamente incorporadas ao cotidiano das práticas das equipes de atenção básica e saúde da família (BRASIL, 2008b). Para tanto, torna-se necessário que as equipes trabalhem de forma interdisciplinar e que busquem a articulação intra e interinstitucional.

Contudo, essa situação é agravada por uma série de problemas já apontados anteriormente, relacionados ao planejamento e gestão das ações e deficiência no processo de trabalho em equipe, sendo este evidenciado pelos sujeitos como individualizado, desarticulado e pouco participativo, além de centrado no controle das doenças.

Como se percebe unanimemente nos próximos depoimentos, existe uma dificuldade de integração entre os trabalhadores da equipe interna da própria VE:

[...] às vezes aqui dentro da própria VE, a gente não fica sabendo o que o outro está fazendo (Ent. 7, grupo 2)

[...] não temos um trabalho em equipe, é cada um fazendo sua parte, não tem integração (Ent. 7, grupo 2)

[...] é difícil o trabalho em equipe, [...] já tentamos, mas é complicado [...] ainda temos uma vantagem: é que como a maioria trabalha em uma mesma sala, a gente vai passando as coisas uma para a outra, e aí as pessoas ficam sabendo o que está ocorrendo (Ent. 6, grupo 2).

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas. A autora apresenta duas noções que recobrem o trabalho em equipe: equipe enquanto agrupamento de agentes, caracterizada pela fragmentação do trabalho, sendo a comunicação exercida apenas como instrumentalização da técnica; e equipe como integração de trabalhos, caracterizada pela articulação e integralidade das ações de saúde, na qual a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Nesse caso, existe a elaboração de um projeto com objetivos comuns, construído por meio da imbricada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um trabalho complexo, reflexivo e que implica em articulação de vários saberes. Por isso, é preciso ampliar a formação e a qualificação dos trabalhadores, tanto na dimensão técnica quanto ético-política, comunicacional e de interrelações (PEDUZZI, 2001).

Merhy (1997, 2002), ao analisar o processo de trabalho em saúde, afirma que este é dependente do “trabalho vivo em ato”, no qual só é possível acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação. Por isso, o trabalho em saúde tem a capacidade de operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado.

Conceber o trabalho em saúde desta forma, requer que se viabilize a compreensão do significado do processo ensino-aprendizagem no exercício cotidiano do trabalho em saúde, como também uma gestão dos processos de trabalho atenta a uma nova dimensão educacional que estimule a troca de saberes entre os sujeitos, de modo que, concretamente, as ações educativas contribuam para a melhoria da qualidade das ações prestadas à população. Nesse sentido, é preciso abrir espaços nos serviços para as ações de educação permanente, para que os trabalhadores sejam estimulados continuamente a refletirem sobre a realidade do trabalho e aprenderem no seu cotidiano.

O depoimento de um dos gestores, apresentado a seguir, ratifica a desintegração entre os setores da SMS e, em especial, entre a VE e a Seção de Capacitação Permanente (SCP), no que se refere à produção dos processos educativos, visto que, para este gestor, os técnicos que atuam na educação permanente são procurados, na maioria das vezes, apenas para o desenvolvimento de atividades eminentemente voltadas para a organização dos eventos, não participando efetivamente no processo de discussão e do planejamento dessas ações.

[...] é uma coisa que nos deixa um tanto quanto chateados [...] é que muita gente só nós procura para apoio logístico como agendamento do auditório, confecção de certificados, listas de frequência, reprodução de material e de pôsteres (Ent. 1 grupo 1).

[...] com relação aos treinamentos da VE, a gente participa de alguns. Eu acredito que seja até pela nossa insistência em dizer: vamos planejar, vamos realizar [...] muitas vezes os treinamentos ocorrem sem que a gente tenha conhecimento (Ent. 1 grupo 1).

Com isso, percebe-se nas falas dos sujeitos que a SCP da secretaria municipal de saúde exerce um papel mais voltado para as questões administrativas e de alocação de recursos materiais. O reducionismo da verdadeira função do setor, pelo que se pode observar, acontece possivelmente pela ausência de um projeto definido, bem como pelo pouco entendimento por parte dos profissionais e gestores a cerca da dimensão e do potencial dessas ações enquanto estratégias propulsoras de mudanças positivas, tanto para os gestores quanto para os trabalhadores e, conseqüentemente, para a população.

As dificuldades evidenciadas nas falas dos sujeitos com relação à implementação das ações de educação permanente no município aliadas ao desconhecimento dos gestores sobre a importância dessas ações como estratégias de reestruturação dos serviços de saúde, sobretudo para a resignificação de valores e práticas profissionais, são fatores que contribuem para a manutenção desses problemas.

Com relação à prioridade das ações de capacitação para a gestão municipal, os depoimentos dos sujeitos entrevistados convergem em determinados aspectos. Porém, para o grupo de gestores são apontadas outras justificativas para a pouca valorização dessas ações na política de saúde do município.

Eu não vejo uma prioridade dos gestores para essa capacitação no sentido para [...] vamos planejar o que é realmente a saúde em nosso município, qual o papel de uma secretaria de saúde de nosso município, qual a necessidade que temos e quais as dificuldades e limitações e até mesmo o que o nosso profissional precisa entender e saber de todo o processo para agir melhor, para ter qualidade nas suas ações (Ent. 5 grupo 2).

Os depoimentos dos trabalhadores de saúde lotados na Secretaria convergem para o fato de que as ações educativas de capacitação em VE não são priorizadas pela gestão municipal enquanto estratégia para subsidiar o planejamento e mudanças das práticas.

Para os gestores entrevistados, conforme relato abaixo, as capacitações em VE são importantes e necessárias, embora admitam que ainda são ações pouco valorizadas pela gestão municipal e que a falta de integração entre os setores prejudica a realização das mesmas.

[...] as capacitações são freqüentes e necessárias, fazemos aqui na Vigilância Epidemiológica [...] é difícil também a integração com os outros setores (Ent. 2, grupo1).

[...] eu acho que a Seção de Capacitação Permanente deveria ter um maior apoio por parte da gestão [...] é um setor que é pouco valorizado [...] não temos pessoal suficiente (Ent. 1 grupo 1).

Além disso, para um dos gestores a pouca visibilidade e valorização dispensadas à SCP pela gestão municipal podem ser atribuídas ao fato do setor ocupar uma posição de status hierárquico inferior dentro da atual estrutura organizacional da SMS, conforme relato a seguir:

[...] o setor em si não é tão valorizado por ser uma seção. Talvez, se fosse uma chefia ou uma divisão tivesse um impacto maior [...] eles não enxergam como um setor que deve funcionar em pleno vapor [...] nós realizamos em

média 12 a 13 treinamentos/mês e isso, se você multiplicar por doze dá um número bastante substancial [...] quando a gente vai para outros municípios e até estados representando o setor, eles me perguntam: nunca vi uma secretaria de saúde ter um setor destinado às capacitações de pessoal! E, no entanto, este setor deveria ser mais valorizado (Ent. 1 grupo 1).

Entretanto, o depoimento a seguir, reconhece o desvirtuamento do setor de Educação Permanente no que diz respeito a sua missão dentro da política municipal de saúde, na medida em que, na visão do trabalhador, a proposta inicial do setor fora modificada ao longo do tempo. A pouca integração entre os setores da secretaria e das unidades de saúde na realização do trabalho da SCP, bem como o pouco conhecimento de gestores trabalhadores sobre a Educação Permanente em Saúde se constituem nas principais causas para que esses desvios aconteçam. Desta forma, o potencial de utilização das ações de educação permanente se reduz enquanto estratégia de gestão e planejamento das ações de saúde para o município.

[...] quando foi implantado o setor, tinha outro propósito. Não é este que estamos vendo hoje [...] o trabalho era para ser integrado com todos os setores da secretaria e mais próximo dos profissionais das unidades de saúde. [...] o setor teria duas grandes funções: o de recrutamento e seleção dos profissionais recém contratados e o de atualização e capacitação dos que já estavam atuando nos serviços. [...] a proposta inicial se perdeu, foi mudada e desvirtuada pelos gestores e coordenadores do setor [...] hoje o que vejo é que o trabalho do setor é mais de agendar auditório, fazer abertura dos eventos, enfim, coisas de menor importância (Ent. 5, grupo 2)

O discurso acima converge com a análise dos documentos (relatórios de atividades da SCP e relatório de gestão), os quais apontam que o setor é pouco procurado pelas coordenações dos serviços da SMS para planejar projetos que envolvam a implementação de ações educativas, havendo pouca integração dos setores com a SCP. Nos documentos, esses problemas também são atribuídos à pouca divulgação do setor, o que contribui para os desvios de entendimento dos gestores e trabalhadores quanto às suas funções e competências. Nos relatórios de atividades da SCP, é proposta a realização de atividades específicas para promover a divulgação das ações de educação permanente ao longo do ano, Porém, não foi encontrado o registro de nenhum evento educativo abordando esse tema.

No depoimento a seguir, um dos gestores relata que a divulgação dessas ações ocorre no momento das reuniões de coordenadores da SMS:

[...] o que a gente pode fazer e o que a gente vem fazendo é divulgar nas reuniões de coordenação, onde a gente tem contato com um número maior de pessoas. Essa importância desses treinamentos serem registrados pela

nossa seção, porque é a história de todo trabalhador de uma secretaria, ele passa por uma capacitação e a partir daí é que aquele serviço presta um bom serviço, ele tem pessoas atualizadas ele tem pessoas capacitadas. Então, se você centralizasse essas ações dentro da nossa seção, eu acho que a gente teria um histórico maior (Ent. 1, grupo 1)

No relato do gestor uma das funções da SCP que acontece a contento, são as programações de estágios curriculares dos alunos das faculdades públicas e privadas do município.

[...] a gente tem as viabilizações de projetos de pesquisa, de viabilização de campo de prática e de estágio e isso vai fazendo com que a gente vá divulgando ainda mais a nossa seção. Nesse ponto, a gente vai muito bem amarrado, que todo treinamento passe pela nossa seção, que todos os encaminhamentos passem pela nossa seção (Ent. 1 grupo 1).

Outra razão para que o desenvolvimento das ações de educação permanente, na maioria dos municípios esteja em um plano secundário, explica-se possivelmente pela prioridade que os gestores e trabalhadores atribuem a problemas considerados por estes mais emergenciais, como: falta de pessoal, desestruturação dos serviços, deficiência de infraestrutura, desmotivação e sobrecarga de trabalho, entre outros. Associados a essas questões, o desconhecimento a respeito das concepções da Educação Permanente e sua aplicação na prática contribui para a manutenção desses problemas.

As capacitações na área da saúde, e em especial no campo da VE, podem se constituir em uma estratégia de gestão na descentralização das ações de VE para a atenção básica, e em um espaço concreto de construção de competência técnica, política e ética do trabalhador, bem como um instrumento de mudança das organizações, com vistas à consolidação do SUS, na medida em que a EPS ocupe um lugar central e prioritário na política e na gestão municipal.

Desta forma, as mudanças necessárias na saúde, que vão desde a gestão dos serviços, às mudanças no modelo de atenção, perpassam fundamentalmente pela educação, quer seja na formação ou na qualificação permanente dos trabalhadores. Nesse sentido, a EPS se constitui como uma política transversal, que perpassa por todas as áreas da saúde.

As ações de EPS estão contempladas no Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana como um dos principais compromissos para a gestão municipal. Porém, a maioria dos depoimentos diverge do que está definido legalmente nos documentos, visto que, para todos os sujeitos entrevistados, a política de educação permanente não é priorizada pelos gestores.

Nos discursos analisados, todos os sujeitos reconhecem a importância dessas ações; contudo, afirmam que as mesmas não estão sendo priorizadas pelos gestores por conta de outras demandas consideradas mais urgentes, atribuindo à educação permanente uma ação de menor importância. Segundo Ceccim (2005a, p. 163), “um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação e qualificação como uma atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde”.

Os próximos depoimentos evidenciam o descontentamento dos profissionais de nível médio, que se sentem desprivilegiados pela pouca participação nos eventos educativos promovidos para a equipe técnica da VE. A análise dos relatos de todos os trabalhadores de nível médio demonstrou a insatisfação dos mesmos com relação à pouca participação nos processos de capacitação da VE, se comparado aos profissionais de nível superior, conforme podemos observar nas falas a seguir:

[...] durante os sete anos que trabalho na Secretaria só participei de duas capacitações: uma sobre Rubéola e Sarampo e outra sobre dengue [...] quem mais participa das capacitações é o coordenador do setor que é de nível superior, e que nem sempre repassa o assunto [...] quando a gente precisa tirar dúvidas, entramos em contato com quem deu o treinamento para explicar (Ent. 9, grupo 2).

A participação do nível médio é insuficiente, é muito pouco. Acho que por mostrar na prática que a gente é capaz de fazer as coisas, acham que a gente não precisa se capacitar, mas temos dificuldades, e, para isso, a gente fica atrás das enfermeiras para tirar dúvidas (Ent. 10, grupo 2).

[...] trabalho há três anos na VE e quanto aos processos de capacitação, acho que todos os técnicos deveriam participar, e não só o coordenador de nível superior, mesmo porque ele não está o tempo todo no setor (Ent. 11, grupo 2).

Portanto, as falas revelam que a hierarquização dos processos educativos acontece também entre as categorias profissionais, privilegiando a garantia de participação dos que cursaram o nível superior. Na maioria das vezes, particularmente no que diz respeito ao ACS, auxiliar e técnico de enfermagem, a atribuição de desenvolver as capacitações fica sob a responsabilidade da enfermeira da unidade, que repassa as informações.

Aliado aos problemas subjetivos das relações do trabalho no contexto da VE, a rotatividade de pessoal também foi um fator relatado pelos sujeitos, como coisa que acaba influenciando o desenvolvimento de práticas educativas, conforme mostra o depoimento a seguir:

[...] temos uma rotatividade muito grande de pessoal, agente capacita e quando retorna não é mais aquela equipe que agente capacitou, material didático que foi elaborado, que foi passado já não existe mais (Ent. 4, grupo 2).

A rotatividade de profissionais, sobretudo dos que atuam nas Equipes Saúde da Família, retrata a precarização do trabalho na saúde, visto que a maioria desses trabalhadores são contratados por cooperativas terceirizadas que não asseguram os direitos trabalhistas, ou por indicação política. Esses fatores interferem na qualidade do trabalho em saúde, haja vista que a incerteza da permanência no trabalho e a pouca garantia dos direitos trabalhistas contribuem para a descontinuidade do trabalho, bem como para o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe e destes com a própria comunidade.

4.2 ESTRATÉGIAS RELACIONADAS AOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO: O PLANEJAMENTO E A AVALIAÇÃO RESPONDEM ÀS NECESSIDADES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA?

O planejamento dos processos de capacitação em VE para os trabalhadores da saúde evidenciados nos discursos dos sujeitos entrevistados se apresenta de forma contraditória: umas vezes, destacaram a existência de algumas iniciativas de planejamento, mesmo que estanques e orientadas pelo imediatismo da necessidade que se apresenta no momento, e outras vezes relataram não haver nenhuma proposta de planejamento sistematizada.

A gente não planeja em equipe, é cada um planejando isoladamente as capacitações para o agravo que é responsável no momento [...] o planejamento na maioria das vezes, se faz no momento que acontece os problemas, as doenças [...] às vezes aqui dentro da própria VE a gente não fica sabendo o que o outro está fazendo, inclusive as atividades educativas (Ent. 7, grupo 2).

[...] o processo de capacitação na VE ocorre de forma desordenada e desorganizada [...] não segue uma linha, as coisas vão acontecendo [...] e a partir do que acontece se começa a programar e executar a proposta [...] quando dá, se faz a avaliação (Ent. 6, grupo 2).

As capacitações são planejadas e realizadas pela Secretaria de Saúde que através de ofício convoca os profissionais para participarem. (Ent. 9, grupo 2).

Nós que estamos na ponta não participamos do planejamento desses eventos, a secretária é quem organiza (Ent. 15, grupo 3).

Os processos de capacitações da VE nem sempre são planejados, porém são executados nas diversas situações no sentido de implementar as ações de VE (Ent. 8, grupo 2).

A maioria dos temas são definidos pela Secretaria. Porém, esse ano eles solicitaram em uma reunião que nos sugeríssemos alguns temas. Não foi na área da vigilância, foi de outra coordenação do PSF, e foi aí que tivemos temas sugerido pelo grupo (Ent. 12, grupo 3).

Fica evidente nos depoimentos uma grande deficiência na área do planejamento das ações educativas, sendo este caracterizado como uma atividade isolada, pouco sistematizada, pontual e emergencial. Os depoimentos, tanto dos gestores quanto dos trabalhadores, apontam para um planejamento incipiente, centralizado e verticalizado, com dificuldade de articulação entre os sujeitos envolvidos no processo, quer seja aqueles que participam das coordenações das ações e serviços da SMS, ou entre os próprios trabalhadores.

Nesse sentido, o planejamento encontra-se na contramão da proposta da EPS e da descentralização das ações de VE, que recomenda um planejamento estratégico e participativo, articulado com os sujeitos, com a realidade local dos serviços e com o contexto do cotidiano do trabalho.

A fala desse entrevistado retrata a desarticulação entre os setores da secretaria e a Seção de Capacitação Permanente (SCP) no planejamento das ações educativas. O planejamento não sendo integrado fragmenta e enfraquece a proposta da EPS enquanto política de qualificação para trabalhadores e estratégia de gestão para a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde da rede municipal.

Alguns setores se sentem autônomas para planejar as capacitações. Não é que eles não possam, mas que houvesse uma participação da Educação Permanente no planejamento e na avaliação [...] como não se tem um planejamento integrado, já aconteceu de termos sequência de eventos com um mesmo tema (Ent. 1 grupo 1).

A evidência de um planejamento mais sistematizado formalmente aparece na fala do entrevistado abaixo. Porém o caráter predominantemente burocrático e normativo fica evidente. Ao afirmar na sua fala que o planejamento não é cumprido, o entrevistado aponta para a ineficiência desse tipo de planejamento descontextualizado e pouco participativo. Antes deveria ser um processo vivo, contínuo, com compartilhamento de poder e de responsabilidade entre os diferentes sujeitos.

[...] a gente trabalha com um plano que foi elaborado a nível nacional [...] a gente elaborou um plano municipal e desde então a gente tenta colocar em prática todo esse plano [...] o planejamento não é cumprido. Esse planejamento é executado por parte [...] os principais entraves e dificuldade nesse processo de planejamento estão dentro da própria política da SMS (Ent.4, grupo 2).

[...] existe um plano, o plano municipal de saúde, onde a gente deveria trabalhar seguindo as linhas que já foram traçadas por esse plano [...] enfim, infelizmente a gente não trabalha assim, [...] a gente trabalha mesmo é apagando incêndio, [...] a gente já tentou mudar dentro da própria vigilância, enquanto técnicos já conversamos, já tentamos organizar isso, mas ainda não conseguimos (Ent. 6, grupo 2).

A maioria dos depoimentos dos entrevistados referentes aos três grupos selecionados para o estudo converge para a idéia de um planejamento das atividades de capacitação da VE, realizado de forma esporádica, voltado predominantemente para a necessidade do momento e pouco sistematizado. Portanto, se percebe uma limitação nesse processo, que se caracteriza em ações desarticuladas da gestão e da organização do sistema municipal e do que é preconizado pela política de educação permanente.

Para Paim (1999), além de uma "tecnologia de poder" ou de uma técnica que ajuda a dispor, arranjar e processar outras técnicas, bem como organizar e dirigir processos de trabalho, o planejamento pode ser um meio de auxiliar a interação entre os sujeitos no sentido de viabilizar um dado projeto ético-político para a saúde. Nesse sentido, Ceccim (2005a) acrescenta que é fundamental que haja diálogo sobre as demandas dos trabalhadores, dos serviços e da população para que estes possam configurar dispositivos de análise das ações, da possibilidade de integração e de uma possível reforma no SUS.

Para o Ministério da Saúde uma das responsabilidades principais de cada esfera de governo diz respeito ao planejamento no âmbito do SUS, de modo que cada instância deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde. Acrescenta que o Sistema de Planejamento do SUS deve ter uma atuação contínua, articulada e solidaria das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009).

Entretanto, o MS aponta para uma carência quantitativa e qualitativa de profissionais para trabalhar o planejamento no SUS e por isso, um dos seus objetivos é promover a educação permanente em planejamento para esses trabalhadores.

Os depoimentos a seguir sobre a avaliação do processo e dos resultados das ações de capacitação em VE desenvolvidos para os trabalhadores da saúde revelam que os sujeitos

pouco participam desses processos de forma sistematizada, não sendo evidenciado nos discursos nenhum relato de registro formal de algum tipo de avaliação pelos participantes.

[...] o processo de avaliação das ações da VE é mais complicado ainda, as pessoas não têm o hábito de avaliar as ações, as pessoas veem esse processo como uma crítica, [...] quando a gente vai apontar para os atores responsáveis que uma ação não aconteceu ou não aconteceu a contento, as pessoas acham que avaliar é estar criticando e apontando erros quando que na verdade não é isso, o objetivo não é esse (Ent. 4, grupo 2).

[...] quanto à avaliação, acho que é feito pelo pessoal da secretaria responsável pelo evento (Ent. 14, grupo 3).

[...] se fazer o planejamento é complicado, a avaliação é mais ainda (Ent. 6, grupo2).

O atributo da avaliação, na maioria dos depoimentos, é de responsabilidade da vigilância e da Secretaria, ou seja, dos organizadores do evento. Isso ocorre como consequência de como são construídas as capacitações, visto que, predominantemente, são essas instâncias que realizam o planejamento, definem a metodologia do processo educativo e, conseqüentemente, para os entrevistados, a elas também cabe a responsabilidade da avaliação dos resultados. Os depoimentos abaixo, extraídos dos entrevistados do grupo 3 (trabalhadores da atenção básica e das unidades saúde da família), coadunam com o que foi demonstrado anteriormente.

[...] quem faz a avaliação é o pessoal da secretaria e da vigilância (Ent. 18, grupo 3).

[...] quanto à avaliação, a gente não participa diretamente, acho que é feito pelo pessoal responsável pelo evento (Ent. 20, grupo 3).

[...] as capacitações que participei nunca me solicitaram que fizesse a avaliação (Ent. 17, grupo 3).

Desta forma, os profissionais que participam das ações educativas não assumem efetivamente o papel de sujeitos ativos no processo de avaliação, tornando-a burocrática, centralizada e descontextualizada.

Com relação ao processo de avaliação das ações educativas, sobretudo no campo da VE, realizadas pela Seção de Capacitação Permanente, a análise dos documentos (relatórios de atividades da SEP e relatórios de gestão) dos anos 2006, 2007 e 2008, observa-se o registro predominantemente quantitativo das atividades desenvolvidas, baseadas em indicadores relacionados ao número de eventos realizados no período, temas abordados, bem como o

número de participantes nesses eventos por categoria profissional. Não se percebe a análise desses dados e nenhuma avaliação qualitativa desses processos, nem se houve algum tipo de transformação nas práticas daqueles que participaram, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional.

Segundo Lino e outros (2007), é necessário que sejam introduzidos nestes espaços educativos iniciativas de avaliação voltadas à qualidade, circunscritas à dimensão objetiva mas também subjetiva da qualidade, bem como suas possíveis combinações.

A avaliação formal é indispensável para conhecer as repercussões do processo educativo, bem como para propor melhorias no planejamento e no método do próprio processo. Mas, além disso, é necessário levar em conta elementos teóricos conceituais inerentes à avaliação centrados na qualidade, integralidade e humanização, a partir de um processo articulado com a realidade na qual eles ocorrem (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Para esses autores, os desenhos avaliativos devem conferir singularidade aos programas de saúde, considerando o contexto do qual eles emergem o que caracteriza uma proposta metodológica centrada na integralidade e humanização da atenção.

No discurso do gestor que será apresentado a seguir, mesmo não explicitado claramente, percebe-se de forma incipiente a realização de uma avaliação informal das ações por parte da equipe da SEP, porém, direcionada especificamente para os aspectos da organização dos eventos. Além disso, os depoimentos apontam para a realização do registro dos eventos quanto aos aspectos quantitativos, relacionados à produção dessas ações realizadas na SMS, e que tenham sido do conhecimento e/ou da participação da SEP. O depoimento do entrevistado coaduna com os documentos que demonstram, nos relatórios analisados, o registro quantitativo das capacitações por temas abordados e números de participantes.

Os depoimentos a seguir apontam para um modelo de avaliação pontual, burocrática, centralizada na visão dos responsáveis pela organização e coordenação das atividades educativas:

Aqui na seção de educação permanente [...] todo treinamento que a gente faz mesmo sendo nós três, a gente senta e diz o que a gente errou o que a gente falhou nos nossos relatórios [...] a gente procura pontuar todos os treinamentos (Ent. 1, grupo 1).

[...] fazemos relatórios anuais das atividades desenvolvidas pela seção, pontuando todos os treinamentos [...] não são todos, porque têm eventos que os setores fazem sozinhos e a gente fica sem essa informação (Ent. 1, grupo 1).

Ao se confrontar o discurso do gestor com o depoimento do trabalhador da VE apresentado a seguir, mesmo sem está claramente descrito na sua fala, percebe-se a pouca integração entre os setores da VE e a SEP na produção das capacitações desde o planejamento, como já foi evidenciado anteriormente, até o processo de avaliação. O discurso do entrevistado, apesar de apontar a deficiência da SEP em não registrar os eventos, em uma análise mais detalhada e articulada com os outros depoimentos, demonstra que a pouca integração intra-institucional, e o pouco reconhecimento por parte dos trabalhadores e gestores do verdadeiro papel da Educação Permanente em Saúde no sistema municipal, que atribui ao setor funções burocráticas e administrativas de agendamento de auditório, elaboração de certificados entre outros, contribuem para a manutenção desses problemas.

[...] a questão da educação permanente a gente via que quando precisava dados das atualizações que foram feitos com determinados profissionais com determinados agravos, a gente via que não tinha registro, que eles não sabiam quantas pessoas foram capacitadas (Ent. 6, grupo 2).

A predominância do caráter pontual e verticalizado apontado pelos sujeitos com relação à produção das capacitações em VE contribui para a manutenção desta mesma lógica, no que diz respeito aos processos avaliativos. Desta forma, o que se percebe nos discursos dos sujeitos entrevistados e participantes desses eventos são avaliações momentâneas ao final de cada atividade, conforme se constata a seguir:

[...] às vezes no final da capacitação eles pedem para a gente falar o que achou do curso e do treinamento (Ent. 7, grupo 3).

[...] a partir da receptividade dos participantes, é feita a avaliação e desenvolvida novas estratégias para se tentar alcançar novos objetivos (Ent. 9, grupo 2).

[...] em algumas capacitações a pessoa que está à frente do evento pede para falarmos o que achamos do evento [...] a maioria dos eventos a avaliação como é feita no final e quase não é feito, não dá tempo (Ent. 7, grupo 3).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a avaliação do processo deve considerar a realidade social e política na qual o serviço se encontra, verificando as necessidades em saúde, para que novas propostas pedagógicas sejam desenvolvidas e capazes de mediar a construção do conhecimento no fortalecimento da idéia dos serviços de saúde, enquanto espaços de aprendizagem.

No entanto, para que sejam identificados os efeitos das ações educativas desenvolvidas no campo da saúde, sobretudo na área da VE que é objeto desse estudo, são necessários mecanismos de avaliação e de monitoramento que possibilitem ordenar e ou reordenar permanentemente cada ação, de modo a relacionar os efeitos das ações geradas pelo sistema de saúde com a qualidade de vida dos usuários e dos trabalhadores.

A necessidade de realizar avaliações está definida na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, p. 3-8) em diversos capítulos, sendo que no Capítulo IV, Seção II, Artigo 18 do parágrafo I estabelece que à direção municipal do Sistema Único de Saúde compete “planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Apesar da importância da avaliação, segundo Silva e Formigli (1993, p. 18) observa-se que, “como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para tomada de decisão”.

A avaliação na área da saúde pode viabilizar mudanças de práticas. Por isso, aliada ao planejamento, a avaliação dos processos de capacitação em VE para os trabalhadores e um aspecto considerado relevante neste estudo.

4.3 A CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A predominância de processos educativos produzidos segundo a lógica pontual, técnica emergencial e centrado na doença, conforme apontado pelos sujeitos reflete nessa mesma perspectiva o planejamento e a gestão das ações de educação permanente desenvolvidas na VE. Tais características reafirmam a predominância das práticas hegemônicas biologicistas ainda prevalentes na saúde, reforçados pela manutenção de um modelo de formação e qualificação dos trabalhadores que privilegiam esse mesmo modelo. Nesse sentido, a mudança na prática dos trabalhadores perpassa também por um projeto anterior de mudanças na formação e na educação permanente desses trabalhadores.

O Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2006 a 2009 (FEIRA DE SANTANA, 2006) estabelece a Educação Permanente em Saúde como uma das diretrizes políticas e um compromisso prioritário para a gestão municipal, e define as seguintes ações estratégicas para promover a qualificação e a Educação Permanente dos profissionais de saúde:

- Desenvolver as ações de educação permanente para os profissionais de saúde da SMS e das Unidades de Saúde;
- Normatizar as unidades de saúde como campos de estágios curriculares;
- Normatizar as ações de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Policlínicas e USF;
- Implementar a Política de Educação Permanente com ampliação, discussão e divulgação das atividades, atendendo às prioridades de gestão pactuadas;
- Fortalecer a articulação interinstitucional.

Apesar das ações de EPS estarem formalmente consideradas como uma prioridade para a gestão municipal, os depoimentos de todos os sujeitos entrevistados evidenciam que, na prática, essas ações são pouco valorizadas pelos gestores e trabalhadores. Portanto, a EPS, enquanto política pública, ainda é pouco entendida e tem seus efeitos pouco percebidos na realidade concreta.

Nesse momento, com base nos conteúdos das falas dos sujeitos entrevistados, tentaremos estabelecer uma relação entre as mesmas e as concepções da EPS, no que diz respeito ao espaço de trabalho enquanto espaço de ensino–aprendizagem e, em seguida, a análise do uso de metodologias problematizadoras na realização desses processos.

Os depoimentos a seguir, ainda que de forma incipiente, apresentam elementos importantes que se aproximam das concepções da Educação Permanente em Saúde. O primeiro relato demonstra uma tentativa de fazer um movimento inovador de uma prática educativa inserida no espaço de trabalho das equipes de saúde e de articulação com os trabalhadores, na medida em que outros setores participam do processo.

[...] estamos nesse momento tentando implantar a vigilância das violências, indo para as unidades de saúde junto com outros setores que trabalham com essa questão [...] tentamos antes trazer o pessoal aqui para a secretaria para capacitar e não tivemos êxito. [...] agora estamos indo até eles, e sentamos com a equipe para discutir. [...] estamos começando esse processo [...] estamos gostando, mas ainda é muito cedo (Ent. 5, grupo 2).

[...] a gente sabe que a Educação Permanente ela tem uma vertente aonde ela parte das necessidades do cotidiano, da prática, para que haja as atualizações. E nós, enquanto SCP, tentamos ao máximo estar sempre em contato com os coordenadores para que a gente possa estar fazendo um intercambio de ligação para que a gente possa a partir daí detectar a necessidade de treinamento (Ent. 1 grupo 1).

Segundo Feuerwerker e outros (2005, p. 25), “a aprendizagem para ser significativa deve estar diretamente relacionada à experiência afetiva que o indivíduo vive”. Desta forma,

mesmo sendo os “primeiros passos” na tentativa de uma nova direção com relação aos processos de capacitação rumo à descentralização das ações de VE para as equipes de saúde da rede municipal, a iniciativa pode ser um começo para as mudanças.

Nesta perspectiva, Reibnitz e Prado (2003, p. 29) ressaltam que “a vivência da realidade precisa ser mediada por uma atitude investigativa e não por uma atitude passiva, contemplativa. O desafio das práticas educativas é fazer do espaço do mundo do trabalho um espaço pedagógico de estímulo ao pensamento crítico e criativo, de troca de experiência e saberes entre os sujeitos, utilizando a prática do julgamento para a análise e apreensão da realidade vivenciada, na perspectiva de intervir nesta realidade.

A EPS considera o espaço do trabalho em saúde um espaço privilegiado para o ensino-aprendizagem. A proposta da EPS reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, concebido como espaço de problematização, de diálogo e construção de consensos para melhoria da qualidade da atenção à saúde (CECCIM, 2005b; CECCIM, FEUERWERKER, 2004; PAIM, 2002).

Neste momento, agrupamos os depoimentos dos trabalhadores de saúde do grupo 3 (trabalhadores lotados nas UBS e nas USF), a fim de observar as convergências nos relatos dos sujeitos sobre as formas de aprendizagem do grupo. Percebe-se na falas dos entrevistados tanto da UBS quanto da USF, que a maioria das capacitações que eles participam são predominantemente organizadas pela SMS. Contudo, com relação à USF, por ser campo de estágio dos estudantes da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), os sujeitos referem a participação em capacitações promovidas pelos professores e estudantes da Universidade como outra forma de se qualificarem.

Quanto aos processos de capacitação promovidos pelos integrantes da própria equipe, apenas um dos sujeitos relatou o repasse de orientações pela enfermeira da unidade em reuniões da equipe quando a mesma retorna das capacitações realizadas pela secretaria. Com isso, percebe-se que a maioria das capacitações para os trabalhadores sejam das UBS ou das ESF são realizadas predominantemente pela SMS, e acontecem fora do espaço de trabalho das equipes.

[...] a gente participa de capacitações promovidas pela SMS, ou pelos alunos da UEFS que durante os estágios dos alunos, promovem palestras aqui na unidade. [...] eles nos perguntam sobre os temas de nosso interesse, ou que a gente tem alguma dificuldade e daí eles fazem as capacitações na própria unidade (Ent. 15, grupo 3).

[...] a gente se atualiza principalmente através das capacitações promovidas pelos setores, pelos coordenadores da SMS, como PSF. E com relação aos assuntos da vigilância epidemiológica, são promovidos por este setor [...] já participei de capacitação em sala de vacina, onde fiz a parte prática na própria unidade [...] também às vezes participamos de reuniões com a Enfermeira da unidade que, quando tem alguma coisa da secretaria repassa os treinamentos para a equipe (Ent. 16, grupo 3).

Além da secretaria, os estudantes da UEFS também fazem capacitações na unidade e essas capacitações são muito importantes para a equipe (Ent. 17, grupo 3).

Esse ano teve muitas capacitações promovidas pela vigilância (Ent. 13, grupo 3).

Quem promove as capacitações é a secretaria, e aí chama os funcionários [...] manda ofícios (Ent. 20, grupo 3).

Os depoimentos dos sujeitos apresentados a seguir reforçam a necessidade e a importância da realização das capacitações; porém, destacam a realidade dos serviços, o contexto local do trabalho e o quanto esses fatores interferem na qualidade da assistência à população. Os sujeitos ressaltam ainda a necessidade de se produzirem processos educativos contextualizados, pois, nem sempre, a realidade das condições dos serviços permite que se coloque em prática o que é discutido nas capacitações.

[...] as capacitações são importantes, mas não são suficientes se a secretaria não resolver os problemas que temos no serviço. A dificuldade de encaminhar os pacientes quando precisamos é muito grande (Ent. 13, grupo 3).

As dificuldades que temos nas unidades para atender o paciente são muito grandes nem sempre temos as condições mínimas necessárias para fazer tudo como é descrito na teoria. A realidade do trabalho é bem diferente (Ent. 12, grupo 3).

A construção dos processos educativos deve levar em consideração o contexto das organizações e das práticas dos trabalhadores, de modo que nessa articulação se viabilizem de forma coletiva as condições favoráveis para as intervenções na saúde e, a partir daí, alcancem-se as transformações desejadas.

Os processos de capacitação são fundamentais para as mudanças nas práticas, porém não isoladamente de outros fatores. Nesse sentido, é preciso promover mudanças mais gerais nas organizações, sobretudo em relação ao gerenciamento e ao modelo biomédico de atenção à saúde que, mesmo com todas as críticas e limites apontados por vários autores e muitas

vezes reinteirados neste estudo, continuam hegemônicos em todos os âmbitos da atenção à saúde.

Os relatos dos entrevistados a seguir evidenciam a utilização de metodologias mais participativas nas capacitações em VE, que valorizam a troca de experiências entre os sujeitos e a associação das atividades teórico-práticas. Essas metodologias foram consideradas pelos trabalhadores as que mais contribuem para uma melhor apreensão dos conteúdos e, conseqüentemente, uma melhor aprendizagem do grupo:

[...] uma coisa que eu sempre falei lá na secretaria é sobre as capacitações serem separadas [...] os técnicos são chamados separadamente [...] por que não reunir toda equipe. É importante que toda equipe participe (Ent. 13, grupo 3).

As capacitações que mais participo são as de imunização: tivemos treinamento e fizemos também a parte prática no hospital para aplicar a vacina. Foi aí que eu aprendi a fazer a vacina e aprendi a tomar todos os cuidados com a sala de vacina (Ent.15, grupo 3).

Tem palestrante que até sabe a teoria, mas desconhece a prática. Uma das capacitações que achei muito importante foi a de um infectologista que apresentou o tema da capacitação explicando e exemplificando tudo e discutindo com o grupo. As capacitações que buscam a participação do grupo dos profissionais, trocando experiências com o grupo são melhores e aprendemos mais desta forma, Acredito que desta forma vão contribuir mais para os profissionais (Ent. 12 grupo 3).

Assim, a aplicação de metodologias que valorizam a troca de experiência entre o grupo e a oportunidade de relacionar e aplicar os conceitos teóricos na realidade apresentada contribui para uma aprendizagem significativa entre os sujeitos. Segundo Ceccim (2005a), aprendizagem significativa ocorre quando o sujeito se sente motivado, isto é, tem o desejo de se apropriar de novos conhecimentos, e quando os conhecimentos prévios do trabalhador e sobre o seu contexto local são considerados.

Este tipo de aprendizagem propõe que a transformação das práticas dos profissionais esteja alicerçada na reflexão crítica sobre as práticas exercidas no trabalho. Portanto a metodologia adotada para a realização das atividades educativas influencia no pensamento e reflete-se na ação dos sujeitos. Na aprendizagem significativa ocorre a produção de sentidos, uma vez que ela utiliza o dia-a-dia do trabalhador (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde trabalha fundamentalmente com a metodologia da problematização, que centrada na reflexão do cotidiano, estimula um processo de desconstrução e de busca de novos e diferentes saberes que compõem e possibilitam uma

nova construção desse cotidiano, que é dinâmico e provisório. Essa forma de aprendizado leva a pessoa, segundo Bordenave (1999), a desenvolver habilidades de observação, análise, avaliação, cooperação entre os membros do grupo e superação de conflitos, além de possibilitar o desenvolvimento de tecnologias culturalmente compatíveis.

A metodologia problematizadora tem sido amplamente utilizada e difundida no setor da saúde porque prioriza a reflexão e a transformação da realidade social, sinalizando hipóteses de solução para os vários problemas levantados.

Neste aspecto, ressalta-se a importância de se repensar a metodologia adotada nas capacitações, pois a insuficiente discussão sobre os temas com os trabalhadores pode influenciar diretamente no fato de eles não se sentirem motivados com a atividade educativa. Se os sujeitos não participam ativamente durante o processo, pode não ocorrer a percepção da importância e do desvelamento crítico dos conteúdos na prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dos processos de capacitação em VE observados no estudo se caracterizam predominantemente como eventos pontuais, impositivos, técnicos, emergenciais e centrados no controle das doenças, sobretudo às doenças transmissíveis. Os sujeitos referem que as capacitações são geralmente definidas e direcionadas por esferas hierárquicas superiores. O modelo dos processos educativos reflete o predomínio da concepção biologicista tradicional que privilegia a doença em detrimento das ações de promoção à saúde, dissociada do contexto social e da realidade da população. O planejamento, a metodologia e a avaliação desses processos se reproduzem nessa mesma lógica verticalizada e burocratizante, gerando processos fragmentados e descontextualizados do cotidiano do trabalho das equipes e dos trabalhadores. A metodologia tradicional de ensino é adotada, predominantemente, nas capacitações, com palestras expositivas, de modo que a transmissão do conhecimento se constitui como a principal metodologia adotada na realização desses processos. Mesmo que de forma incipiente, foram apontadas pelos sujeitos entrevistados na pesquisa experiências diferenciadas dessa lógica, com práticas educativas mais participativas, com estímulo à troca de experiências entre os sujeitos e o uso de metodologias mais problematizadoras e de associação teoria e prática.

Tomando como base a descrição dos processos de capacitações em VE revelados pelos sujeitos, estes apresentam características que se distanciam das concepções da política de EPS, que pressupõe práticas educativas críticas e libertadoras, planejadas conforme as necessidades dos serviços, da gestão, do ensino e do controle social. Com isso, a VE encontra-se caminhando a passos lentos e pouco progressivos na direção da EPS. No entanto, as experiências inovadoras apresentadas no estudo podem ser estimuladas, pois elas representam uma nova possibilidade de se planejarem e desenvolverem os processos de capacitação, de modo que estes sejam desencadeadores de movimentos de mudanças tanto nas práticas, quanto no próprio espaço de trabalho.

Portanto, se educar exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a transformação, e recriação dessa realidade, é cada vez mais urgente articular educação e saúde, de modo que a ação educativa seja capaz de transformar o pensamento individual e coletivo dos sujeitos, no sentido de repensarem os valores e práticas, e gerarem dispositivos de mudança no processo de trabalho e na qualidade dos serviços de saúde. Desta forma, as ações educativas de capacitações em VE pautadas nas concepções teóricas e metodológicas da Educação Permanente podem contribuir para as referidas mudanças na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA F. N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-23, 1997.
- ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **R. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.
- ASSIS, M. M. A; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl. 1, p.7-15, out. 2008.
- BAHIA. Governo do Estado. **Proposta Pedagógica da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Neto: Uma construção coletiva**. Salvador: EESP/SUPERH; 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARDIN, Laurence. **El análisis de Contenido**. 3. ed. Madrid: Ahal, 2002.
- BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos CADRHU**. Natal: Editora da UFRN; Brasília, DF: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 1999. p. 261-268.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programa de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 376.
- BRASIL. Leis, etc. Resolução CIPLAN n.15, de 11 de novembro de 1985. Dispõe sobre a aprovação do Projeto de Formação em "Larga Escala de Pessoal de Nível Médio". **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 nov. 1985. Seção 1, p.16783-4.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** n. 8.080 de 19 de novembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**: manual de treinamento: módulo I. Brasília, DF: Fundação Nacional da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 335**. Aprova a Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, **Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154. Dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Brasília, DF, 2009.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 13, n. 2, p. 435-444, 2001.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. **Divulg. Saúde Debate**, n.23, p.30-56, dez. 2001.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-54, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface – Com., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p. 61-77, set. 2004 / fev. 2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005b.

CERQUEIRA. E. M. **Práticas da vigilância epidemiológica em Feira de Santana-Ba: “remando contra a maré”**. Feira de Santana, 2003.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DURÃO, A. V. R. et al. **A Política de Educação Permanente em Saúde: uma análise a partir dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. In: SIMPÓSIO TRABALHO E EDUCAÇÃO, 4. 2007, Belo Horizonte.

ENRIQUEZ. E. A interioridade está acabando? In: LÉVY *et al.*/Machado *et al.* (orgs.). **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Vozes, Petrópolis: Vozes, 1994a.

ENRIQUEZ E. O vínculo grupal. In Lévy *et al.*/ Machado *et al.* (orgs.). **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Vozes, Petrópolis: Vozes, 1994b.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1979.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. (Coleção O Mundo, Hoje, v.21).

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**. São Paulo: Editora Unesp., 2000.

FREIRE, P. **A pedagogia da libertação**. São Paulo: Ed.Unesp, 2001.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Abem, 2002.

FEUERWERKER, L. *et al.* **Curso de formação de facilitadores de educação permanente**. Unidade de aprendizagem práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Brasil. Ministério da Saúde, Fiocruz, 2005.

FEIRA DE SANTANA. Lei nº 1.631/93 17 de março de 1993 que modifica a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Feira de Santana e dá outras providências. **Folha do Norte**, Feira de Santana, p.5-6, 20 mar. 1993.

FEIRA DE SANTANA. **Plano Municipal de Saúde**, 1998-2001. Feira de Santana, 1998.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão-2006**. Feira de Santana, BA, 2006.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão 2002/1º semestre**. Feira de Santana, BA, 2008.

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GADOTTI, M. **Pedagogia da práxis**, 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GUIMARÃES, M. C. L. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia 1993-1998.** 2000. Tese (Doutorado em Administração)- Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?l>>. Acesso: Disponível em: 15 mar. 2008.

LINO, M. M. et al. **A realidade da educação continuada na enfermagem nos serviços públicos de saúde de Florianópolis.** v. 6, n. 0, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71 – 112.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Revista Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. -,set/fev. 2005.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público.** 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MORTIMER, E. F. **Linguagem e formação de conceitos no ensino de ciências.** Belo Horizonte: UFMG, 2000.

MÉLO, M. L. C. **As políticas de capacitação de recursos humanos em saúde: análise de um sistema local.** 2001. 124 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletivo)- Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde,** 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

PAIM, J. S. **Recursos humanos no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994. 80p.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. **Cad. de Saúde Pública,** v. 8, p. 262-269, 1992.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. **Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).** In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1992, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF, 1992. p. 93-147.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 4, n. 2, p. 243-24, 1999.

PAIM, J. S.; ALMEIDA – FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária.** Salvador: Ed. ISC-CEPS, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública,** v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo, Brasil. **Rev. Interfase - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 13, n. 30, p.121-34, jul.-set. 2009.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. do. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re) conhecimento do mundo. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 12, n. 1, p.26-33, jan-mar. 2003.

RIBEIRO, E.; MOTA, J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 12, p. 37-47, 1996.

ROVERE, M. **Planificación estratégica de recursos humanos em salud**. Washington: OPAS, 1996.

ROCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. Educación permanente y trabajo en salud: un proceso en construcción. **Educ. Med. Salud**, v. 27, n. 4, p. 466-488, 1994.

SÁ, M. C. **Planejamento estratégico em saúde: problemas conceituais e metodológicos**. 1993. 425 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para as equipes saúde da família em Feira de Santana**. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação e os projetos de reorganização das práticas de saúde: conceitos e abordagens**. In: CONGRESSO NACIONAL DE REDE IDA – BRASIL, 2., 1993, São Paulo, 1993.

SILVA, J. A. M.; OGATTA, M. N.; MACHADO, M. L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impacto e perspectivas. **R. Eletr.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, maio/ago. 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm> >. Acesso em: 19 set. 2008.

SOUZA, A. M. A. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 1991.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção a saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interfase**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. -, fev. 2005.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**, Ano II, nº. 2. Feira de Santana, 1999.

VIANA, A. S. d'Á. et al. (Orgs). **Recursos Humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Tradução: GRASSI, D. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o grupo 1: gestores (secretário municipal de saúde, coordenadoras da divisão de vigilância epidemiológica e da seção de capacitação permanente da SMS).



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: Os processos de capacitação em vigilância epidemiológica: um estudo de caso

OBJETIVOS

Geral: analisar os processos de capacitação em Vigilância Epidemiológica do SUS municipal.

Específicos:

- Contextualizar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica em um SUS municipal;
- Descrever as estratégias (planejamento e avaliação) desenvolvidas nas ações de capacitação da vigilância epidemiológica;
- Discutir se os processos de capacitação em vigilância epidemiológica são construídos com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde.

ROTEIRO

Questão 1 - Fale sobre o planejamento, execução e avaliação dos processos de capacitação em vigilância epidemiológica desenvolvidos no contexto da SMS/VE.

Questão 3 - Esses processos de capacitação podem ser organizados de outra forma? quais os setores envolvidos? Fale sobre isso.

Questão 4 – Fale sobre os processos de capacitação em VE para os trabalhadores da saúde, e a sua prioridade para a gestão municipal.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o grupo 2: profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam na divisão de VE da SMS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: Os processos de capacitação em vigilância epidemiológica: um estudo de caso

OBJETIVOS

Geral: analisar os processos de capacitação em Vigilância Epidemiológica do SUS municipal.

Específicos:

- Contextualizar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica em um SUS municipal;
- Descrever as estratégias (planejamento e avaliação) desenvolvidas nas ações de capacitação da vigilância epidemiológica;
- Discutir se os processos de capacitação em vigilância epidemiológica são construídos com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde.

ROTEIRO

Questão 1 - Fale como são organizados, os processos de capacitação em vigilância epidemiológica (Planejamento, execução e avaliação, setores envolvidos) Como ocorre a seleção dos temas para as capacitações?

Questão 2 - Como você analisa os processos de capacitação desenvolvidos no contexto da VE. Os objetivos são atingidos? Por quê?

Questão 3 - Esses processos de capacitação podem ser organizados de outra forma? Qual a sua opinião? Fale sobre isso.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o grupo 3: profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam na atenção básica (unidade básica de saúde e equipes de saúde da família).



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: Os processos de capacitação em vigilância epidemiológica: um estudo de caso

OBJETIVOS

Geral: analisar os processos de capacitação em Vigilância Epidemiológica do SUS municipal.

Específicos:

- Contextualizar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica em um SUS municipal;
- Descrever as estratégias (planejamento e avaliação) desenvolvidas nas ações de capacitação da vigilância epidemiológica;
- Discutir se os processos de capacitação em vigilância epidemiológica são construídos com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde.

ROTEIRO

Questão 1 – Fale como a equipe se capacita para o desenvolvimento das ações de VE, como são organizadas e planejadas essas as ações.

Questão 2 – Em sua opinião qual o tipo de capacitação que mais contribui para aprendizagem da equipe/grupo.

Questão 3 – Fale sobre a seleção dos temas das capacitações da VE.

Questão 4 – Fale sobre as capacitações e a sua contribuição para as mudanças no serviço?

APÊNDICE D - Matriz 1 - Documentos analisados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: Os processos de capacitação em vigilância
 epidemiológica: um estudo de caso

CATEGORIA DE ANÁLISE:
TEMA CENTRAL:

TIPO DE DOCUMENTO/ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	ANÁLISE

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: Os processos de capacitação em vigilância
 epidemiológica: um estudo de caso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Norma Carapiá Fagundes (orientadora-responsável) e Maricélia Maia de Lima (pesquisadora-responsável) estamos convidando você a participar de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado, que tem como objetivo analisar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica em um SUS municipal. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores e trabalhadores de saúde refletirem sobre os processos de capacitação na área de vigilância epidemiológica desenvolvidas pela Secretaria de Saúde, de modo a relacionar essas praticas educativas com os pressupostos teóricos e metodológicos da Educação Permanente em Saúde.

Se você consentir, sua entrevista será gravada em fita de áudio. Após a entrevista você pode solicitar para ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. Durante cinco anos os dados coletados ficarão sob a guarda das pesquisadoras na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, podendo ser requisitados por você a qualquer momento. Após esse período será destruído (queimado).

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Algumas perguntas do formulário poderão lhe trazer desconforto, constrangimento, ansiedade, insegurança, ou pode conter algum assunto que você não queira falar. Caso isto aconteça você tem o direito em não querer responder e passar para a pergunta seguinte sem qualquer prejuízo para o estudo, além de não sofrer penalidade porque respeitamos a sua vontade e liberdade de expressão. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade das pesquisadoras.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71) 3332 - 4452, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação deverá assinar juntamente com as pesquisadoras este Termo de Consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Participante do estudo

Pesquisadora responsável

APÊNDICES F – Quadros esquemático para análises das entrevistas.

Quadro 1. Processos de capacitação em vigilância epidemiológica no SUS municipal:
pontuais, técnicos, emergenciais e impositivos.

Unidades de análise	Ent. 1	Ent.2	Ent.3....	Síntese horizontal
Capacitações pontuais, técnicas-emergenciais e centradas nas doenças				

Quadro 2. (Des) integração dos processos de capacitação na vigilância epidemiológica

Unidades de análise	Ent. 1	Ent.2	Ent.3....	Síntese horizontal
Articulação intra e intersetorial				
O processo de trabalho da equipe				

Quadro 3. Estratégias relacionadas aos processos de capacitação: o planejamento e a avaliação respondem as necessidades da vigilância epidemiológica?

Unidades de análise	Ent. 1	Ent.2	Ent.3....	Síntese horizontal
Planejamento das capacitações em VE				
Avaliação dos processos de capacitação da VE				

Quadro 3. A construção dos processos de capacitação na vigilância epidemiológica e a educação permanente em saúde.

Unidades de análise	Ent. 1	Ent.2	Ent.3....	Síntese horizontal
Espaço de trabalho como espaço de ensino - aprendizagem				
Metodologias empregadas nas capacitações em vigilância epidemiológica				

ANEXO A**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 06 de julho de 2009
Of. CEP-UEFS nº 120/2009

Senhor(a) Pesquisador(a): Maricélia Maia de Lima

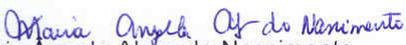
Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Processos de capacitação em vigilância epidemiológica no município de Feira de Santana: um estudo de caso**”, registrado sob Protocolo N.º 059/2009 (CAAE 0063.0.059.000-09), foi apreciado pelo membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** (vide parecer anexo), podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, V.Sa. deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**06/07/2010**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Angela Alves do Nascimento

Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CEP/UEFS
PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO Nº 0059/2009
CAAE nº 0063.0.059.000-09

I – Identificação:

Título: Processos de capacitação em vigilância epidemiológica no município de Feira de Santana: um estudo de caso.

Pesquisador Responsável: Maricélia Maia de Lima

Instituição: Universidade Federal da Bahia

Data de apresentação ao CEP – 08/05/2009

Autorizado pela Diretora da Escola de Enfermagem- UFBA

II – Sumário do projeto:

Descrição e caracterização da amostra

Os sujeitos estudados serão [...] profissionais que se encontram na condição de gestores dos serviços, profissionais de nível médio e superior que atuam diretamente no setor de VE da SMS e os trabalhadores de saúde que atuam na Atenção Básica", assim distribuídos:

- Grupo 1: Gestores da SMS: Secretário Municipal de Saúde, Coordenadora do Setor de Educação Continuada/Permanente e Coordenadora da Divisão de Controle Epidemiológico da SMS de Feira de Santana.
- Grupo 2: Profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam no setor da VE da SMS de Feira de Santana.
- Grupo 3: Trabalhadores da Atenção Básica (UBS e ESF), que participam das capacitações em VE da SMS de Feira de Santana.
- O total de sujeitos, 20, é apenas referido na FR.

Descrição clara do desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase de pesquisa).

A pesquisa será um estudo de caso com abordagem qualitativa e caráter exploratório.

Referência sucinta aos critérios de participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

Os critérios de inclusão:

- Para o grupo 1: gestores que no momento da coleta estejam ocupando o cargo, independente do tempo de ocupação;
- Para o grupo 2: trabalhadores de saúde que atuam na VE há pelo menos um ano.
- Para o grupo 3: profissionais que desenvolvem ações de vigilância epidemiológica na Atenção Básica (USB ou ESF); médicos, enfermeiros e ACS.

Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos.

Riscos: desconforto, constrangimento, ansiedade, insegurança, ou alguma questão que não queira responder, "Caso aconteça você tem o direito em não responder e passar para a pergunta seguinte [...]".

Maia

ANEXO A

Benefícios: Permissão para a reflexão sobre os processos de capacitação em VE desenvolvidas pela SMS do município relacionados com os pressupostos teóricos metodológicos da Educação permanente em Saúde.

Adequação das condições de infra-estrutura para realização da pesquisa.

As condições estruturais nos parece adequadas à realização da pesquisa.

Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras.

Considerando as questões do roteiro das entrevistas, a vulnerabilidade dos sujeitos é pequena.

Avaliação do binômio risco-benefício.

Os benefícios se sobrepõem aos riscos.

III – Objetivos:

Geral: “Analisar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde de Feira de Santana, BA”.

Específicos:

“Contextualizar os processos de capacitação em vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde de Feira de Santana, Ba”;

“Descrever como são organizadas, planejadas e executadas os processos de capacitações em vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde de Feira de Santana, Ba”.

“Relacionar os processos de capacitação desenvolvidos pela vigilância epidemiológica com os pressupostos teóricos e metodológicos da Educação Permanente em Saúde”.

IV – Comentários do relator, frente à resolução CNS 196/96

a) Estrutura do protocolo

A revisão bibliográfica está pertinente, abrangente e atualizada. A FR está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável indica experiência na área do estudo. Estão anexadas ao projeto as declarações de cada pesquisador assegurando que a coleta não foi iniciada em aguardo ao parecer do CEP. Também em anexo se encontram os currículos e as demais declarações de concordância e participação, em todas as etapas dos projetos.

b) Fonte de Recursos e Cronograma

O estudo está orçado em R\$3.800,00 sem financiamento de órgãos de fomento de pesquisa.

O cronograma está completo e atualizado.

c) Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo:

O TCLE está adequado.

V – Conclusão: APROVADO

Marina Angela Alves do Nascimento

Feira de Santana, 25 de maio de 2009.

ANEXO B



Feira de Santana, 06 de maio de 2009.

Of. GS. N° 925

Ilma. Sra.
Maricélia Maia de Lima

Prezado (a) Senhor (a),

Comunico a Vossa Senhoria que autorizo a realização da coleta de dados da pesquisa ' Processos de Capacitação em Vigilância Epidemiológica: um estudo de caso' na Secretaria Municipal de Saúde.

Atenciosamente,


Dr. João Carlos L. Cavalcante
Secretário Municipal de Saúde
Nadja Maria C. C. e Vieira
Chefe de Gabinete
Secretaria Municipal de Saúde