



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**Programa de Mestrado Profissional
Em Saúde e Gestão do Trabalho**

**A EXPRESSÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CURRÍCULOS
DA ETSUS-ACRE**

ANDRÉIA VASCONCELOS CORREA DA SILVA

ITAJAÍ

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANDRÉIA VASCONCELOS CORREA DA SILVA

**A EXPRESSÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CURRÍCULOS
DA ETSUS - ACRE**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.
Área de concentração: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen.

Itajaí (SC), 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

S38e Silva, Andréia Vasconcelos Correa da, 1974-
A expressão da Participação Social nos currículos da ETSUS-ACRE
[manuscrito] / Andréia Vasconcelos Correa da Silva. – 2009.
132 f.: il. Color.

Cópia de computador (Printout(s)).
Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de
Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.
“Orientadora: Prof^a. Dr^a Águeda Lenita Pereira Wendhausen.”.
Bibliografia: f. 113-122.

1. Currículos. 2. Políticas públicas. 3. Participação Social. 4. Formação de
recursos humanos I. Wendhausen, Águeda Lenita Pereira. II. Título.

CDU: 371.214

ANDREIA VASCONCELOS CORREA DA SILVA

**A EXPRESSÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CURRÍCULOS
DA ETSUS-ACRE**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada no Curso de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho.

Área de Concentração Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Itajaí (SC), Dezembro de 2009.

Comissão Examinadora

Prof^a. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen
Presidente/Orientadora
UNIVALI - Itajaí

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Examinador
UNIVALI - Itajaí

Prof. Dr. Marcio Viera de Souza
Examinador
UNIVALI - Itajaí

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, homem virtuoso de pouco estudo e grandiosa sabedoria, que valorizava imensamente o conhecimento acadêmico e tinha um sonho; de deixar como herança aos seus filhos uma formação, que para ele, em sua simplicidade, representava a mais valiosa herança, que nada, nem ninguém poderia se apropriar e, assim, uma forma dele nos presentear e se fazer presente durante nossa existência.

In memoriam.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, pelo apoio durante os longos 18 meses dessa caminhada. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu adorado e amado filho, Pedro, por me proporcionar o impulso necessário à superação de meus limites em benefício de seu bem-estar.

Aos meus irmãos, Auxiliadora e Adriano, pela generosidade e pelo companheirismo que me foi dedicado durante esta jornada. Sem vocês não seria possível a realização desse sonho. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.

À minha querida mãe, que se juntou a essa caminhada para me apoiar nos momentos em que achei que não daria conta de superar os obstáculos.

Ao meu amado companheiro, Jocimar, pelo carinho, dedicação, compreensão durante esta jornada e, principalmente, por ter acreditado em mim.

À minha querida e amada orientadora, Professora Dra. Águeda, pelo desprendimento e acolhida, pela força de vontade, pela paciência e sabedoria com que me conduziu durante esse processo de descobertas e superação de minhas limitações.

Aos professores e colegas do Programa de Mestrado Profissional em Saúde, pela convivência e por todas as experiências compartilhadas nessa trajetória.

Aos professores Dra. Stella, Dr. Cutolo e Dr. Márcio, que participaram de minhas bancas de qualificação e de defesa, contribuindo generosamente com seus conhecimentos para esta pesquisa.

À minhas queridas amigas Thaís e Vânia, companheiras inseparáveis do mestrado, pelo incentivo e companheirismo. O convívio com vocês foi um verdadeiro presente, uma fonte inesgotável de crescimento.

Ao Ministério da Saúde que – por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), do Departamento de Gestão da Saúde (DEGES) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Tecnologia (UNESCO) – proporcionou-me esta oportunidade de crescimento e de infinitas descobertas.

Ao Diretor Presidente do Instituto de Desenvolvimento da Educação Profissional (IDEP- DM), pelo apoio durante a realização desta pesquisa.

À Coordenadora da Escola Técnica Maria Moreira da Rocha - ETSUS/AC pela compreensão, gentileza e altruísmo com que nos coordenou durante este jornada.

Aos trabalhadores da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha - ETSUS/AC, pela disponibilidade por propiciarem a troca de conhecimentos durante o desenvolvimento dessa pesquisa. Dentre as tantas pessoas especiais que ali se encontram, quero agradecer a minha fiel escudeira e inseparável amiga Maria do Socorro pelo apoio e companheirismo durante esta caminhada.

Me sinto seguro porque não há razão para me envergonhar por desconhecer algo. Testemunhar a abertura aos outros, a disponibilidade curiosa à vida, a seus desafios, são saberes necessários à prática educativa.

Paulo Freire.

SILVA, Andréia. **A expressão da Participação Social nos currículos da ETSUS-ACRE.** 2009. Dissertação do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Área de concentração (Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, Itajaí (SC), 2009.

RESUMO

A Constituição de 1988 amplia o caráter redistributivo do Estado para com o cidadão, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e legitimando a participação da sociedade na gestão e na definição de políticas públicas na área de saúde. Para a consolidação desse preceito constitucional, faz-se necessária a estruturação e o fortalecimento dos espaços de Participação da comunidade, emergindo assim, a necessidade de se pensar nos processos formativos na área de saúde, sob a perspectiva da Participação Social. Esta pesquisa teve como objetivo descrever e analisar a inserção do tema “Participação Social nos Currículos da Escola Técnica em Saúde do Acre - ETSUS/AC”, instituição formadora estruturada para atender à demanda de formação dos profissionais de nível médio, inseridos no SUS. A metodologia utilizada foi qualitativa e sua aplicação foi dividida em dois momentos: no primeiro, foi realizada uma análise documental do Projeto Político Pedagógico da instituição e dos Planos de Cursos; no segundo, foi aplicada a Metodologia Problematizadora, por meio da qual se realizou a formação de um grupo de discussão, composto por coordenadores de áreas técnicas e mediadores de aprendizagem do quadro da instituição. A partir da análise documental e da reflexão do grupo de sujeitos envolvidos nesta pesquisa, foi possível identificarmos a ausência de conteúdos e práticas curriculares que fortaleçam o desenvolvimento de ações participativas; ficou também evidente a falta de compreensão do corpo técnico sobre as dimensões da Participação Social e a dificuldade da equipe em executar o currículo por competência, adotado pela Instituição. Acredita-se que este estudo tenha contribuído para a identificação de lacunas na concepção e na compreensão da abordagem da temática “Participação Social”. Os resultados podem fundamentar o processo de reformulação curricular, sob a perspectiva de formar profissionais e indivíduos aptos a intervir nos processos decisórios e na definição de políticas públicas, resignificando, assim, o papel desta instituição formadora para o fortalecimento dos espaços de participação social e consolidação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Participação social. Formação de recursos humanos. Análise de currículo.

Silva, Andréia. **The expression of Social Participation in the ETSUS-ACRE curricula**. Dissertation (Master's Degree in Health and Management of Work) - University of Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí (SC), 2009

ABSTRACT

The 1988 Brazilian Constitution extends the redistributive character of the State towards the citizen, establishing the Brazilian Healthcare System (**SUS** – Sistema Único de Saúde) and legitimizing the participation of society in the management and definition of public policies in the area of healthcare. To consolidate this constitutional precept, it is necessary to structure and strengthen the spaces of community participation within the community. This raises a need to think of training processes in the area of health, from a perspective of Social Participation. The main objective of this research is to describe and analyze the insertion of the theme “Social Participation in the Curricula of the Escola Técnica em Saúde do Acre – ETSUS-/AC”, an established teaching institution in the area of health, to meet the demand to qualify high-school level professionals working for the SUS. A qualitative methodology was used, based on two separate periods: in the first, a document analysis was carried out with the Political Pedagogical Project of the institution and the Course Plans; in the second, an investigative methodology was used, by means of a group discussion involving coordinators in the technical areas, and learning mediators who work for the institution. From the document analysis and the reflections of the group of individuals involved in this research, it was possible to identify a lack of contents and curricular practices that would strengthen the development of participative actions; there was also a clear lack of understanding among the technical body concerning the dimensions of Social Participation and difficulty of the team in executing the curriculum by competence, adopted by the institution. It is believed that this study makes a contribution to identifying gaps in the conception and comprehension of the theme of “social participation” addressed; it also lays the foundation for a process of curricular reform, from a perspective of creating professionals and individuals capable of intervening in the decision-making processes and in the definition of public policies, thereby redefining the role of this institution, to strengthen the spaces for social participation and the consolidation of the SUS.

KEY WORDS: Social participation – Qualification of human resources – Curriculum analysis.

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Integral.....	20
Quadro 2: Instituições do Sistema “s”	33
Quadro 3: Elementos para a construção de competências.....	37
Quadro 4: Descrição dos sujeitos de nossa pesquisa.....	37
Quadro 5: Metodologia Problematizadora.....	49
Quadro 6: Codificação dos sujeitos da pesquisa.....	55
Quadro 7: Primeira matriz que apresentou recursos cognitivos que se aproximavam do tema Participação Social.....	67
Quadro 8: Segunda matriz que apresentou recursos cognitivos que se aproximavam do tema Participação Social.....	68
Quadro 9: Terceira matriz que apresentou recursos cognitivos que se aproximavam do tema Participação Social.....	69
Quadro 10: Fatores que facilitam e dificultam a inserção da Participação Social.....	90
Quadro11: Contexto histórico da saúde e educação no período de 1900-1930.....	97
Quadro 12: Contexto histórico da saúde e educação durante a década de 60 e 70.....	98
Quadro 13: Contexto histórico da saúde e educação durante a década de 80e 90.....	99
Quadro 14: Contexto histórico da saúde e educação durante a década de 2000 e 2009.....	99
Quadro 15: Matriz curricular da primeira competência.....	104
Quadro 16: Matriz curricular da primeira competência.....	106

FIGURAS

Figura 1: Elementos estruturantes do modelo biomédico.....	23
Figura 2: A evolução da participação comunitária.....	29
Figura 3: Mapa do Acre.....	44
Figura 4: Método do Arco de Charles Maguerez.....	49
Figura 5: Organização da estrutura curricular.....	65
Figura 6: Pilares para o Desenvolvimento de competência.....	65
Figura 7: Vídeo da música “Eu só peço a Deus”.....	73
Figura 8: Como se concretiza a Participação Social.....	81
Figura 9: Dramatização: como se concretiza a Participação Social.....	85
Figura 10: Visão de Mundo segundo Marx.....	96

SUMÁRIO

1	INTTRODUÇÃO.....	10
1.1	Objetivos	13
2	CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	Histórias das Políticas Públicas no Brasil.....	15
2.2	Conceito ampliado de Saúde e a Nova Promoção da Saúde.....	23
2.2.1	Concepção de saúde.....	23
2.2.2	Promoção da saúde.....	25
2.3	Participação Social e seus diversos sentidos.....	27
2.4	Breve Histórico da Educação Profissional.....	31
2.5	Referenciais Curriculares da Educação Profissional.....	35
2.6	Criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS-RETSUS.....	37
3	CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA.....	41
3.1	Local da pesquisa.....	43
3.2	Coleta e a análise dos dados.....	45
3.2.1	Primeira etapa da pesquisa: análise documental.....	46
3.2.2	Segunda etapa da pesquisa: o desenvolvimento das oficinas.....	46
3.3	Sujeitos da pesquisa.....	47
3.3.1	Tratamento dos dados das oficinas.....	54
3.4	Aspectos éticos.....	54
4	CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
4.1	Análise documental temática: tendências pedagógicas e práticas educativas.....	57
4.1.1	Projeto Político Pedagógico.....	57
4.1.2	Planos de cursos.....	63
4.2	As oficinas.....	70
4.2.1	Primeira Oficina: Observação da realidade.....	70
4.2.2	Segunda Oficina: complementação, observação da realidade levantamento de pontos-chaves.....	79
4.2.3	Terceira Oficina: Teorização.....	94
4.2.4	Quarta Oficina: Levantamento de hipóteses de solução e aplicação a realidade.....	102
5	CAPÍTULO 4 – Considerações finais.....	108
6	REFERÊNCIAS.....	113
7	APÊNDICES	123
7.1	APÊNDICE A - Termo de Autorização para utilização dos dado documentais e realização da pesquisa.....	125
7.2	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	127
7.3	APÊNDICE C - Termo de aceite de orientação.....	129
8	ANEXOS.....	130
8.1	ANEXO A – Folha do SISNEP.....	131
8.1	ANEXO B – Texto “Sentado a beira do rio”.....	132

1 INTRODUÇÃO

Sou Cirurgiã Dentista de formação e minha experiência profissional até ingressar na Educação Profissional se restringia, basicamente, à assistência Odontológica em unidades de Saúde da Família (PSF) e à assistência privada.

Minha inserção na Escola Técnica em Saúde do Acre (ETSUS/ACRE) se deu através de concurso público, realizado no ano de 2006 para o cargo de Gestor de Políticas Públicas. A vivência neste espaço me proporcionou vislumbrar voos antes nunca imaginados como o acesso ao Programa de Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

No ano de 2008, representando o Instituto Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr (IDEP-DM), do qual a ETSUS/ACRE é uma das unidades descentralizadas da rede, passei a fazer parte do conselho Estadual de Saúde do Acre (CES/ACRE) como conselheira.

A experiência como conselheira me permitiu identificar as lacunas e limitações de meu processo formativo no que diz respeito às dimensões, às expressões, às concepções e às práticas de Participação Social. No mestrado, o contato com novos conceitos favoreceu e enriqueceu os debates e a reflexão deu lugar a inquietação, que me levou a questionar o papel das instituições formadoras na construção de uma sociedade mais participativa.

O texto constitucional de Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como princípio norteador dessa nova política de saúde a participação da comunidade na definição de políticas públicas de saúde e estabelece ser de competência das três esferas do Governo criar condições para sua implementação. O atendimento destes preceitos constitucionais demandou uma série de transformações conjunturais, necessárias a sustentabilidade dos princípios normativos e organizacionais deste novo modelo de atenção à saúde (BRASIL,1988).

A publicação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90 e da lei complementar nº 8142/90 representou uma ação necessária à regulamentação do SUS, estabelecendo um conjunto de princípios, diretrizes e estratégias para a implantação

dessa nova política, que tem como premissa promover a democratização do sistema de saúde no Brasil e melhorar a qualidade de vida da população (MATTA, 2007).

O atendimento dos princípios de Integralidade, Universalidade, Equidade e Participação Social pressupõem a plena efetivação das Ações Integradas em Saúde (AIS), que são em síntese um conjunto articulado de ações que vão desde a promoção, prevenção, recuperação até a reabilitação da saúde do indivíduo e da coletividade.

Para a efetiva operacionalização dessas ações de saúde, é imprescindível que os profissionais concebam o processo saúde-doença a partir de uma visão higienista-preventivista, biológica e social. (CUTULO, 2009).

Para a efetiva consolidação do SUS é imprescindível que ocorra de fato a estruturação dos espaços de Participação Social, que dentro desta proposta apresenta-se como uma condição necessária à implantação dos princípios de Descentralização de recursos aos Estados e Municípios e de Regionalização das ações de saúde. A partir desse entendimento, o reforço da ação comunitária passa a ser elemento estruturante para a efetiva implementação e consolidação do SUS (MATTA, 2007).

Na prática, a existência de um grande contingente de profissionais de nível médio inserido no serviço sem a devida qualificação apresentou-se como mais uma das inúmeras contradições a serem superadas para a consolidação dessa nova proposta. Decorrendo daí a necessidade de se adequar a formação de recursos humanos na área de saúde aos preceitos dessa nova política de saúde (SÓRIO, 2002).

Dessa forma, frente ao desafio de propor mudanças que objetivam a ampliação de conceitos que estão arraigados no cotidiano de práticas voltadas para o modelo biomédico, faz-se necessária a criação de uma Política Nacional de Formação de Recursos para a Saúde que venha consolidar novas competências e/ou práticas contextualizadas a partir dos preceitos e propostas do SUS (RAMOS, 2002b; BAPTISTA, 2007).

Diante de tal realidade, em um período anterior a criação do SUS, o Ministério da Saúde cria o “Projeto de Larga Escala” que tinha como objetivo a formação de profissionais de saúde em serviço. No ano de 2000, o Ministério da Saúde, na busca por articular processos mais amplos na reorientação do serviço de saúde, inicia a

execução do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), a partir do qual foi possível reestruturar a Educação Profissional de nível técnico para a área de saúde (RAMOS, 2002b).

O PROFAE foi idealizado para promover avanços na qualidade da assistência à saúde pública no Brasil a partir de dois componentes: a) qualificação dos trabalhadores da área de enfermagem inseridos no serviço sem a devida qualificação; e b) estruturação e fortalecimento das instâncias públicas de formação técnica de nível médio da área de saúde (RAMOS, 2002b).

O Conselho Nacional de Educação (CNE), na busca por resignificar as ações da Educação Profissional de nível médio, publica a Resolução nº 04/99 CEB, estabelecendo os princípios norteadores para a estruturação dos espaços político-pedagógicos de desenvolvimento de ações da educação profissional, dentre as quais: a atualização permanente dos currículos, os perfis profissionais de conclusão, a flexibilização dos requisitos de acesso, a abordagem interdisciplinar e a contextualização do processo formativo à realidade à qual está sendo aplicado (BRASIL, 2000).

No Acre, a criação da Escola Técnica em Saúde se deu mediante a necessidade de se estruturar um espaço para a execução do projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem – PROFAE. Para tal fim, a antiga Escola Estadual de Enfermagem, criada em 1964, foi revitalizada e reposicionada estrategicamente, através do Decreto Estadual nº 4.577/2001, recebendo a denominação de Centro de Formação Profissional em Saúde - Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ACRE, 2008a).

Esta pesquisa teve como objetivo geral descrever, discutir e analisar a inserção da Participação Social no itinerário formativo dos cursos da ETSUS-ACRE, por acreditar ser essa abordagem necessária ao desenvolvimento das dimensões críticas de uma formação libertadora, capaz de atender às novas roupagens de um modelo de atenção à saúde integral.

Nossa proposta de pesquisa vislumbrou a possibilidade do componente participação social ser incluído de forma mais efetiva dentro dos Parâmetros Curriculares da ETSUS-ACRE, ao conjecturar a possibilidade de que trabalhadores e a comunidade venham de fato compreender o seu papel como agente transformador dentro dessa realidade por meio da ampliação da capacidade do indivíduo e da

coletividade de atuarem de forma mais contundente nos processos decisórios e na definição de políticas públicas na área de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

a) Descrever, discutir e analisar a inserção do tema Participação Social no itinerário formativo dos cursos da ETSUS-ACRE.

1.1.2 Específicos

a) Identificar a expressão da Participação Social nas Práticas Curriculares, no Projeto Político Pedagógico e nos Planos de Cursos da ETSUS/AC.

b) Problematizar, com os coordenadores de áreas técnicas e mediadores, a percepção e prática desse coletivo sobre as dimensões conceituais da participação social para o fortalecimento do SUS.

c) Fundamentar o processo de reformulação das Práticas Curriculares a partir da análise do fenômeno estudado como uma estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresentaremos a seguir temas relevantes a uma aproximação com o universo de nossa pesquisa. Os conteúdos que serão apresentados neste capítulo foram selecionados com o propósito de orientar e delinear o processo de coleta e análise de dados de nossa pesquisa.

2.1 História das Políticas Públicas no Brasil

Na visão de Marx, a organização do homem em sociedade é resultante do seu desenvolvimento histórico. O homem, através de sua interação com a natureza, desenvolve a consciência de que, transformando e controlando a natureza, poderia saciar suas necessidades básicas, iniciando, assim, suas atividades laborais. Esse ato fez com que o homem se organizasse em grupos para melhor elaborar sua sobrevivência, daí decorrem as primeiras formas de participação (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Segundo Bordenave (1994), desde o começo da humanidade o homem teve que participar de fato no cotidiano da família ou de seu clã, nas tarefas de subsistência (caça, pesca e agricultura), sendo então o trabalho uma ação participativa inerente à natureza social do homem, o que propicia relações entre indivíduos que compartilham de um mesmo interesse. Assim, podemos dizer que a participação acompanha a evolução do homem desde os tempos primitivos até os dias atuais.

Dentro dessa engrenagem, as relações interpessoais estabelecidas no trabalho levam ao ordenamento da sociedade, emergindo neste contexto como um componente fundamental ao desenvolvimento da humanidade, propiciando e ampliando os avanços e retrocessos do sistema de produção da sociedade (DALLARI, 1994).

A ação participativa na saúde é resultado da observação de diversos fatores. Assim como somos frutos do nosso passado e de nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos tempos. Para compreendermos a relevância das conquistas alcançadas pelos movimentos sociais na área de saúde, é necessário conhecer os

determinantes históricos, ou seja, o contexto sociopolítico em que esses movimentos foram concebidos (BORDENAVE 1994; FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Desde o período da colonização do Brasil, as ações de saúde são vinculadas às necessidades do modo de produção. O saneamento dos portos e grandes centros se deu frente à crise do padrão exportador, diante do boicote aos produtos brasileiros devido às péssimas condições de higiene dos portos. Em resposta, foram implementadas algumas medidas na área da saúde pública com objetivo de reverter a crise instalada no setor exportador (BAPTISTA, 2007; POLIGNANO, 2001).

Institui-se neste período, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, o “código sanitário” e a polícia médica brasileira como uma estratégia de controle e disseminação de doenças. As ações demandadas por esse movimento foram: desinfecção domiciliar; arrasamento das construções consideradas nocivas à saúde pública; notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica; instituição da vacinação obrigatória à população e a quarentena aos trabalhadores doentes. As ações realizadas por Oswaldo Cruz, na década de 30, alcançaram os objetivos propostos e foram em seguida estendidas às áreas rurais. As várias expedições ao interior do país revelaram a situação de abandono da população nestas regiões, propiciando um intenso debate na sociedade (BAPTISTA, 2007).

Como uma expressão organizada do descontentamento social frente às limitações estruturais do Governo, vários segmentos da sociedade iniciam debates sobre as condições de vida e saúde da sociedade como fator inerente à exclusão e à segregação social de minorias (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; BAPTISTA, 2007).

Nesse período ainda sem muitas possibilidades de influenciar nas decisões que levam a uma transformação estrutural, o debate gerado é uma forma de participação que se deu sob uma concepção funcionalista e solidária, não deixando esse de ser um grande passo em direção a uma sociedade mais justa (JUSTINO; SOARES; CUTOLO, 2006).

O processo migratório desencadeado pela revolução industrial leva ao crescimento desordenado das grandes cidades, propiciando o agravamento das condições de vida da comunidade mediada pela falta de saneamento básico, pelas péssimas condições de moradia e pela exploração da mão-de-obra (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Segundo Polignano (2001), o assentamento dos grandes parques industriais propicia o surgimento de uma classe operária forte e com ela os movimentos reivindicatórios que exigiam melhores condições de vida, salário e assistência à saúde.

Dentro dessa lógica, a participação popular já passa a ter um sentido de luta e contestação, motivada pelas péssimas condições de trabalho e falta de políticas públicas de saúde. No Brasil, a classe operária dá início a uma série de mobilizações, visando a uma efetiva intervenção do Estado na aquisição de direitos trabalhistas (JUSTINO; SOARES; CUTOLO, 2006; BAPTISTA, 2007).

Em resposta aos movimentos reivindicatórios da classe operária é que foi editada a Lei Eloy Chaves, em 1923, que regulamenta a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), mas essa lei beneficia apenas um pequeno grupo de trabalhadores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Segundo Baptista (2007), os benefícios oferecidos pelas CAPS aos trabalhadores e familiares eram: socorro médico, medicamentos, aposentadoria e pensões aos herdeiros. Esse modelo serviu de esboço para o primeiro sistema de proteção social, representando um marco como umas das primeiras aquisições de direitos trabalhistas decorrentes da ação reivindicatória de um coletivo.

Em 1933, sob intervenção do governo, as CAPs são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Na década de 60, sob o pretexto de ampliar os benefícios dos usuários, o Estado, por meio de uma ação centralizadora, promove a unificação das IAPs, criando assim o Instituto de Previdência e Assistência Social (INPS). O trabalhador deixa de administrar seus institutos de pensões e o Estado começa a gerir as contribuições previdenciárias (BAPTISTA, 2007).

A má administração desses recursos públicos leva ao sucateamento desse frágil sistema de assistência previdenciária exacerbando ainda mais as desigualdades sociais, marginalizando e oprimindo o cidadão que não tinha recurso para custear sua saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Ao pronunciar-se sobre este período, Baptista (2007) conclui que havia a necessidade de uma reforma da Saúde, porém tal reforma

[...] era também uma proposta de reforma para o Estado. Estado este que havia se constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientelismo, centralização decisória e exclusão social, modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito da organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser esse um setor que criticava com muita dureza a situação de injustiça que havia se consolidado. (BAPTISTA, 2003 apud BAPTISTA, 2007, p. 45).

Na década de 60, intensificam-se os debates sobre o papel do Estado na implantação de políticas públicas na área de saúde que diminuíssem a segregação social. A 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, já sinalizava para a concepção de que a “saúde deveria ser um direito social e, portanto, um dever do Estado para com o cidadão”. O debate que vinha se firmando com o Estado é interrompido durante o período do regime militar (POLIGNANO, 2001; BAPTISTA, 2006).

Neste período, diante de um sistema de saúde fragilizado, surgem os movimentos comunitários, fazendo uma contundente crítica à forma de gerenciar os recursos na área de saúde e reivindicando a participação da comunidade nas definições dessas políticas na área de saúde (BRASIL, 2002).

Durante um período de luta absolutamente clandestina entre 1968 e 1977, algumas organizações de vanguarda se uniram aos movimentos comunitários das periferias das grandes cidades. Assim, diante de uma crise de legitimidade do regime militar, o setor saúde inicia seu processo de politização, consubstanciado sob uma visão ampliada do conceito de saúde, dando origem às bases do Movimento de Reforma Sanitária (MACHADO, 2006).

Neste contexto, segundo Gohn (2001), a reflexão frente às contradições do sistema vigente representa a percepção do indivíduo sobre essa realidade, e a criação de uma nova consciência política emergente dos processos de mobilizações da sociedade contra a hegemonia do sistema capitalista torna-se uma experiência altamente transformadora.

Em resposta às limitações governamentais de dar conta da situação de saúde do País, ocorre neste período a coalizão entre vários segmentos, dando origem ao Movimento de Reforma Sanitária, permitindo maior visibilidade ao movimento e viabilizando, assim, a construção de propostas para a área de saúde sob a visão de diferentes coletivos como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Departamento

de Medicina Preventiva e Saúde Pública das Universidades Federais, os Técnicos do Ministério da Saúde, a Pastoral da Saúde e o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) (WENDHAUSEN, 2002).

Os fóruns e as conferências de saúde foram importantes espaços de debates e confluência de uma nova forma de se pensar saúde, impulsionando a abertura de espaços de diálogo entre sociedade e o poder público. A 7ª Conferência Nacional de Saúde contribuiu de forma singular nesse processo, direcionando esforços no sentido de aprofundar uma crítica ao modelo médico assistencialista/curativista vigente, integrante da medicina sanitária que atuava dentro do Movimento de Reforma Sanitária, abrindo brechas para a inserção de uma inteligência técnica dentro do aparelho Estatal, em instituições que “faziam e pensavam saúde”, como o Ministério da Saúde, na tentativa de superar o caráter excludente da assistência a saúde no Brasil (MACHADO, 2006).

Diante de um cenário político em transformação na década de 80, vários integrantes do Movimento da Reforma Sanitária passaram a ocupar cargos de expressão dentro do governo (Ministério da Saúde, Inamps e Fiocruz), promovendo a abertura de canais de diálogo entre Estado e Movimento Reformista.

O Ministério da Saúde convoca a comunidade, no ano de 1986, para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, promovendo um debate aberto entre instituições de saúde, técnicos/especialistas, gestores e usuários. Esta conferência teve como tema central a reforma do sistema de saúde, sendo essa a primeira vez que se contava com a participação da sociedade na discussão de uma política setorial no Brasil (MATTA, 2007).

A conferência reuniu cerca 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de assistência, falava-se na definição de um modelo protetor com garantia do direito à saúde integral. (FARIA, 1997 apud BAPTISTA, 2007, p. 49).

As propostas apresentadas neste evento subsidiaram a elaboração do novo modelo de Assistência à Saúde. Nascendo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi legitimado pela Constituição de 1988. Ele estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa conquista legitima os anos lutas do Movimento de Reforma Sanitária (BRASIL, 1988).

O Quadro 01 apresenta as principais diferenças entre os dois modelos: o biológico e o integral, proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária.

MODELO	Modelo Biomédico (Hospitalocêntrico)	Modelo Integral (Sistema Único de Saúde)
CONCEPÇÃO SAÚDE-DOENÇA	Biologicista	Biologicista, Higienista, Preventivista e Social.
AÇÃO	Recuperação e Reabilitação	Recuperação, reabilitação, proteção, promoção, prevenção.
PRINCÍPIO	Fragmentação	Integralidade.
LÓCUS	Hospital, Policlínica	Hospital, Unidades Básicas de Saúde, PSF, Comunidade, Creches, Asilos, Associações.
POPULAÇÃO	Objeto (não participa)	Sujeito (participação popular).
USUÁRIO	Paciente	Paciente-cidadão.
DECISÕES	Centralizadas	Localizadas.
ACESSO	Restrito	Universal.
PROFISSIONAL	Médico	Equipe de saúde (interdisciplinar).
RESPONSABILIDADE	Cura do doente	Melhoria das condições sanitárias.

Quadro 1 - Principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo Integral
Fonte: Cutolo (2006).

Para a efetivação dessa nova política, o texto constitucional prevê a elaboração da Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080/90, que regulamentaria os princípios e as diretrizes para o ordenamento das ações previstas para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios doutrinários propostos são:

- a) universalidade dos serviços: sob a premissa de que saúde é direito de todos, o acesso às ações e aos serviços de saúde passa a ser universal independente de cor, raça, religião, sexo, local de moradia, situação econômica e ocupação (TOGNOLI, 2006).
- b) equidade do acesso: o acesso além de ser universal, deve atender às necessidades, às especificidades e à subjetividade do sujeito/indivíduo ou coletividade. Significa que este modelo de assistência deve tratar desigualmente os desiguais de modo que a intervenção deva ser contextualizada ao contexto biológico e sociocultural (BAPTISTA, 2007).
- c) integralidade da assistência: o usuário ou cliente (comunidade) deve ser atendido

em todas as suas necessidades. Neste modelo de assistência à saúde o indivíduo é visto sob a perspectiva da integralidade, sendo considerados os fatores biológicos, culturais e socioeconômicos (condicionantes e determinantes) que poderão intervir direta ou indiretamente no processo de adoecimento (TOGNOLI, 2006).

Os princípios organizativos são:

- a) descentralização dos serviços: corresponde ao processo de descentralização de poder, distribuição e responsabilização de recursos da União para os Estados e municípios. A implementação desse princípio pressupõe a estruturação e o fortalecimento de novas instâncias de discussão, pactuação e definição de ações e políticas que têm como finalidade melhorar a qualidade do serviço e garantir a participação, o controle e a fiscalização dos cidadãos (TOGNOLI, 2006; BAPTISTA, 2007).
- b) regionalização e hierarquização da rede: dispõe sobre o processo de organização do sistema de saúde em um determinado território, através do estabelecimento de níveis de complexidade, planejados a partir de critérios epidemiológicos, condições de vida e suporte social. Este princípio tem como finalidade contextualizar as ações de saúde a partir do conhecimento dessa realidade sob o ponto de vista de que quanto mais próximo da população, maior será a probabilidade de o sistema identificar as reais necessidades e formular suas intervenções de forma mais eficiente e eficaz (BAPTISTA, 2007).
- c) participação social: corresponde à participação do indivíduo ou comunidade por meio de entidades representativas ou de forma individual nos processos de discussão, fiscalização e controle da execução e formulação de políticas de saúde. Essa participação deve dar-se nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços com poder deliberativo (TOGNOLI, 2006; BAPTISTA, 2007).

É importante que ressaltemos que, na aprovação da Lei 8.080/90, ocorre o primeiro embate entre movimento reformista e Governo com o veto de vários artigos, dentre eles o artigo que legitimava a **participação da sociedade** na gestão do SUS, sendo necessária a intervenção de um grupo de defensores do movimento reformistas inseridos na base do Governo para sua aprovação. Assim, em dezembro do mesmo ano, é editada a Lei Complementar nº 8142/90, que regulamenta a

criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nas diversas esferas do Governo (BAPTISTA, 2007).

Na opinião de Wendhausen (2002), a falta de mecanismos legítimos para efetivação da participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde oculta a resistência da gestão e compromete a viabilização das ações propostas pelo SUS. Fica claro que a mudança de paradigma proposta pela Reforma Sanitária não encontra condições favoráveis para o seu exercício.

O tom vago e difuso em que a proposta de participação popular aparece em textos oficiais ao lado de sua frágil normalização, tende a torná-la, em consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental (WENDHAUSEN, 2002. p. 4).

Frente à necessidade de corrigir distorções e atender às recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, é publicada a Resolução nº 33/92¹ CNS, que regulamenta a paridade na composição dos conselhos ressignifica a importância da participação da comunidade na gestão do sistema de saúde, quando a publicação da Emenda Constitucional nº 29/00 reconhece os conselhos de saúde como instâncias do SUS (BRASIL, 2007).

O Conselho Nacional de Saúde, na tentativa de garantir uma efetiva participação da sociedade, publica a Resolução de nº 333/2003, que regulamenta as diretrizes para a reestruturação dos Conselhos de Saúde (BAPTISTA, 2007).

Pensamos que duas questões têm importância capital neste processo de repensar a participação social na perspectiva da saúde: o conceito ampliado de saúde e o novo conceito de promoção da saúde. Tais conceitos são pressupostos para a mudança de atitude necessária para ensejar novas práticas e incluir a participação como um importante aspecto na atenção à saúde.

¹ Segundo a Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde a composição dos conselhos deve ser de 50% de Usuário, 25% de Trabalhadores de saúde e 25% de Prestadores de serviços públicos e de prestadores de serviço privado. (WENDHAUSEN, 2002, p. 120).

2.2 Conceito ampliado de Saúde e Nova Promoção de Saúde

2.2.1 Concepção de saúde

A concepção do processo saúde doença tem sido fundamentada pelo modelo de formação, olhar ou a percepção do profissional sobre o processo de adoecimento determinar sua postura e ações de saúde. A publicação, em 1910, do Relatório Flexner, cujo o conteúdo determinou rigorosas diretrizes para a formação médica e, assim, a implementação do modelo de formação biomédico centrado na doença a partir de uma visão biologicista em que a causa do processo de adoecimento se fundamentava na teoria do germe e na concepção da unicausalidade das enfermidades (TOGNOLI, 2007).

A Figura 01 apresenta os elementos estruturantes do modelo de formação biomédico implementado a partir do Relatório Flexner.

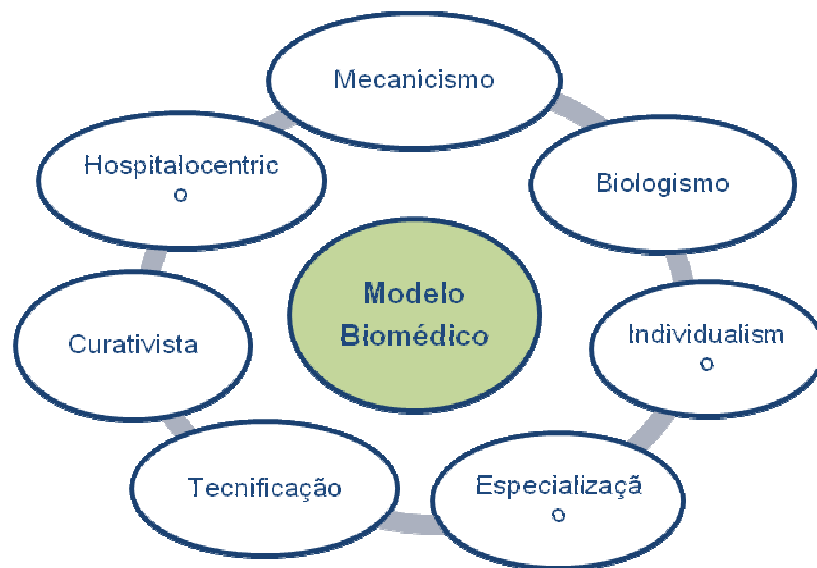


Figura 1: Elementos estruturantes do modelo biomédico.
Fonte: Adaptado de Mendes (1985).

Para melhor compreensão deste modelo, descreveremos de forma sucinta cada um desses elementos segundo Mendes (1985).

- a) mecanicismo: o corpo humano é visto como se fosse uma máquina fragmentada em diversas partes, proporcionando uma visão parcial do indivíduo e do processo de adoecimento;

- b) biologismo: centrado na natureza biológica das doenças com foco nas consequências e causas, indiferente aos fatores determinantes e condicionantes de natureza socioeconômica na geração do processo de adoecimento;
- c) individualismo: nesta o indivíduo é o objeto do estudo e da ação médica, sendo, portanto, desconsiderado o meio no qual este indivíduo está inserido;
- d) especialização: fragmentação do conhecimento em dimensões específicas do corpo, levando ao desconhecimento da totalidade;
- e) tecnificação: supervalorização da tecnologia em detrimento da utilização de práticas de prevenção, promoção e reestruturação da saúde;
- f) curativista: o foco da intervenção é o processo fisiopatológico e não a causa, desconsiderando as ações de prevenção e a promoção da saúde;
- g) hospitalocêntrico: o *locus* da intervenção é o hospital, os recursos utilizados são os tecnológicos, a ação é centrada no médico, proporcionando uma formação assistencialista, com foco na doença (MENDES, 1985).

Segundo Marques (2005) as idéias reformadoras apresentadas pelo relatório Flexner em 1910 foram aplicadas pela primeira vez no Brasil em 1954, em uma experiência piloto da Universidade Federal de São Paulo – USP de Ribeirão Preto, sendo este modelo oficialmente adotado no Brasil no final da década de 60 durante o governo militar, através da publicação da Lei Federal nº 5.540/68 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior). Esta mudança atendeu aos interesses econômicos do complexo médico – industrial, que se encontra em plena expansão no país neste período (MAEYAMA, 2006).

As principais mudanças ocorridas nos currículos a partir dessa lei foram: a) desarticulação do ensino superior em duas etapas: o básico (graduação) e o internato (corresponde a especialidades médicas); b) adoção de um sistema de avaliação cujo foco estava centrado na memorização (TOGNOLI, 2007).

Desse modo, o modelo de ensino flexneriano (biomédico) proporcionou o desenvolvimento de uma visão dicotomizada do processo de adoecimento, restringindo o conceito de saúde a uma perspectiva exclusivamente biologicista, que desconsiderava o contexto social e econômico (TOGNOLI, 2007).

No início da década de 70, o Movimento de Reforma Sanitária começa a questionar o modelo de formação biomédico sob o entendimento de que concepção de saúde desse modelo determina uma intervenção individualista meramente curativista de baixa resolutividade (SILVA; SENA, 2006). Assim, cria o entendimento

de que a formação de recursos humanos para a área de saúde deverá ser fundamentada tendo como tema transversal o conceito ampliado de saúde.

Segundo Buss (2003), saúde é resultante de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo padrão apropriado de alimentação e nutrição; de moradia e saneamento; condições de trabalho; educação; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; e estilo de vida responsável. Esse conceito deixa evidente que, para conseguirmos atingir um nível satisfatório de saúde, se faz necessária a ação conjunta de vários setores sociais e econômicos.

Dentro dessa perspectiva, a saúde é produção social, estando diretamente ligada às condições de vida e ao acesso à bens e serviços e também resultante das formas de organização social. A partir da Constituição de 1988, a saúde adquire caráter de direito individual, social e de participação. A junção dessas três dimensões consolida a idéia de saúde como direito à cidadania (MOTTA et al, 2007).

2.2.2 Promoção da Saúde

A nova promoção da saúde foi construída nos últimos 25 anos, a partir de questionamentos de profissionais de saúde e gestores de todo o mundo sobre a forma medicalizada como vem sendo prestada a assistência à saúde.

A necessidade de se interpretar as ações e as práticas de saúde, a partir de uma perspectiva contextual, histórica, coletiva e integral, apresenta-se como uma das premissas necessárias para a operacionalização das ações de promoção de saúde (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Inspirada por estas novas perspectivas, a promoção de saúde ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente determinantes sócio-econômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais. (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 104).

Segundo Cerqueira (1997) apud Sicoli e Nascimento (2003), a concepção e prática da promoção de saúde apresentam duas dimensões: a **conceitual** – constituída por princípios, premissas e conceitos que amparam o discurso da promoção de saúde; e a **metodológica**, que se refere às práticas, às estratégias e às formas de intervenção. Segundo os autores, existem lacunas na dimensão metodológica que dificultam a operacionalidade.

A Promoção de Saúde, segundo a Carta de Ottawa, é um “Processo de capacitação das pessoas e da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo o controle sobre os determinantes da saúde” (BRASIL, 2001a). Essa também pode ser definida como um processo contínuo de desenvolvimento social e político que tem como objetivo criar condições e meios favoráveis para o fortalecimento da ação comunitária, viabilizando por meio desta a melhoria da qualidade de vida da população (MOTTA et al, 2007).

Segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001a), são estratégias para a implantação de ações e práticas de Promoção da Saúde:

- a) Políticas públicas saudáveis: pressupõe a incorporação da saúde na agenda dos políticos e dirigentes;
- b) Criação de ambiente favorável: desenvolvimento de ações que garantam ambientes saudáveis e favoreçam mudanças que proporcionem melhores condições de vida;
- c) Desenvolvimento de habilidades pessoais: disseminação de informações, promoção e apoio ao desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas;
- d) Fortalecimento de ações comunitárias: incentivo e apoio ao desenvolvimento de ações comunitárias e habilitação do indivíduo e da coletividade na definição de prioridades, na tomada de decisões e no planejamento de ações de saúde;
- e) Reorientação de serviços de saúde: contextualização das ações e serviços de saúde à realidade e necessidades loco regionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou sete princípios necessários à operacionalização das ações e à estratégia de promoção da saúde. A seguir, discorreremos sobre cada desses princípios (SICOLI; NASCIMENTO, 2003; WENDHAUSEN; SAUPE, 2007).

- a) Concepção holística/integral: Fundamentada na visão ampliada do conceito de saúde, na qual o processo de adoecimento é determinado pelo pelos fatores sociais, ambientais e biológicos. A análise do processo deve, sob essa perspectiva, extrapolar o universo da área de saúde.
- b) Intersetorialidade: As ações de promoção de saúde devem perpassar e articula-se com diversos setores (educação, habitação, legislação, alimentação, lazer, transporte, agricultura, saneamento), sendo assim, um conjunto articulado de ações, que têm como foco a melhoria da qualidade de vida.

- c) Participação social: Pressupõe o envolvimento de diferentes atores – representantes da comunidade (entidades e associações), profissionais de saúde e gestores na formulação e implementação de prioridades necessárias à legitimação das ações de saúde e melhoria do atendimento.
- d) Empoderamento: Processo de capacitação de indivíduos e coletividade para adquirirem maior controle sobre os determinantes pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde.
- e) Equidade: O princípio da equidade está voltado para a reorientação dos serviços de saúde e elaboração de políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde e que revertam as desigualdades sociais instaladas.
- f) Ações multi-estratégicas: Interesse público de produzir impactos sobre a saúde através do desenvolvimento de políticas para área de saúde, incentivando mudanças organizacionais, promovendo o desenvolvimento comunitário.
- g) Sustentabilidade: ações que primam pelo desenvolvimento e garantia de um processo duradouro e forte.

A participação ativa da comunidade se destaca como um meio essencial para o desenvolvimento, a consolidação e a promoção de saúde. O empoderamento, dentro desse processo, apresenta-se como uma condição necessária ao fortalecimento e à qualificação do processo de tomadas de decisões de forma consciente e crítica.

Segundo Wendhausen e Saupe (2007), a participação social apresenta-se dentro desse contexto como a força motriz que permite agregar e aportar parceiros que, quando empoderados, qualificam o processo de mudança, extrapolando suas ações para além da área de saúde e viabilizando por meio dessas transformações sociais que refletem diretamente sobre a qualidade de vida e saúde do indivíduo e da coletividade.

Vistos esses pressupostos, e dentro deles o importante papel da participação social, passamos a discorrer sobre o percurso da Participação Social na atualidade e suas várias definições.

2.3 Participação Social e seus diversos sentidos

Em nossa sociedade, a Participação Social apresenta-se como um instrumento de superação e transformação de uma realidade muitas vezes

contraditória que leva à transposição de quantidade para qualidade (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Para tanto, discorreremos sobre as diversas formas de participação vivenciadas em nosso cotidiano e esclareceremos alguns equívocos. É comum a utilização da expressão “Controle Social” dentro de um processo de discussão na área da saúde como um sinônimo de participação social ou popular. Entretanto, é importante ressaltar o dualismo da expressão “controle social”, que foi utilizada durante um longo período para expressar a correlação de forças através da concentração de poder exercida pelos governantes sobre o cidadão (WENDHAUSEN; RODRIGUES, 2006).

Segundo Teixeira (2001), a participação social se concretiza na prática como um instrumento de controle social e político da sociedade sobre o Estado, que viabiliza aos cidadãos a oportunidade de definirem critérios para orientar e acompanhar as ações públicas. Para Teixeira (2001), a participação é um instrumento do Controle Social e esse representa um mecanismo que possibilita ao cidadão fiscalizar e orientar a ação pública a partir de duas dimensões. A primeira delas seria o *accountability*, prestação de contas; e a segunda seria a responsabilização do agente público pelos atos praticados conforme os procedimentos legais e padrões éticos; tratando-se, assim, de um ato de soberania popular garantido por lei e legitimado pela Constituição de 1998.

Segundo Justino, Soares e Cutolo (2006, p. 147), essa também pode

[...] se caracterizar hoje como uma vigilância, por parte da população, de agentes e instituições políticas que atuam nas estruturas do poder, mas nem sempre esse foi o seu entendimento. Há algumas décadas o controle da sociedade e do Estado era exercido sobre o indivíduo, com o objetivo da limitação do agir individual, procurando enquadrá-lo em determinados padrões de comportamento culturalmente estabelecidos.

No desenvolvimento dessa pesquisa, optamos por utilizar o termo “participação social” que, segundo Teixeira (2001), tende a ser traduzido e reinterpretado sob diversas perspectivas, múltiplas e contraditórias, podendo chegar à descaracterização do fenômeno.

Em termos históricos, segundo Justino, Soares e Cutolo (2006), na área de saúde a participação social se desenvolveu a partir de três momentos, como demonstra a Figura 2.

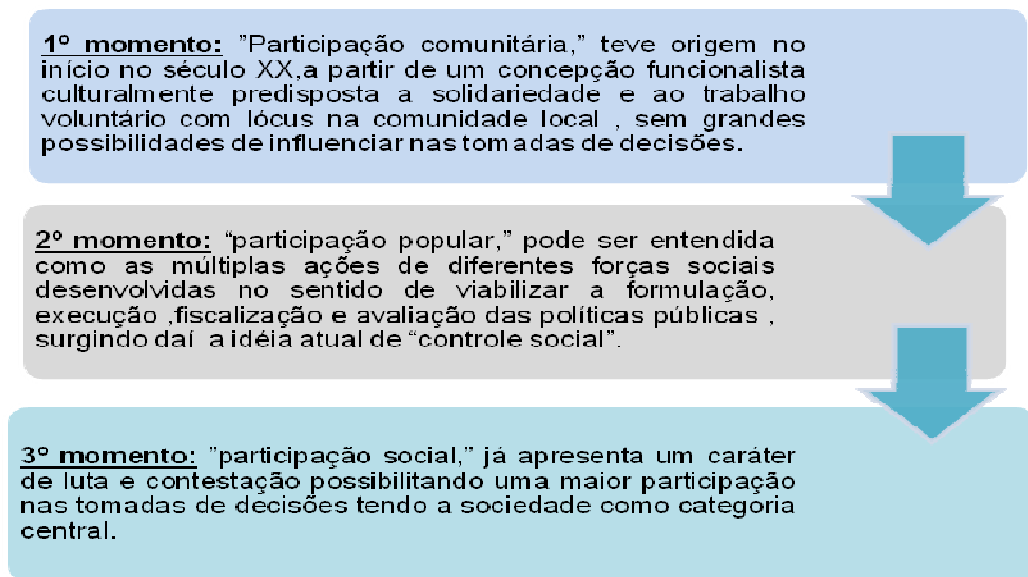


Figura 2: A evolução da participação
Fonte: Justino, Soares e Cutolo (2006).

Nos dias atuais, a participação social pode ser traduzida como a ação transformadora que denota fazer parte, tomar parte, ser parte de um ato ou processo de uma atividade pública, de ações coletivas autônomas que podem ser revestidas de subjetividade e intencionalidade (BORDENAVE, 1994).

Complementando esse pensamento, Bordenave (1994, p. 16) diz que

A participação é o caminho natural para o homem exprimir suas tendências inatas de realizar, fazer coisas, firmar-se a si mesmo e determinar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e, ainda, a valorização de si mesmo pelos outros.

Segundo Souza (2004, p. 112), a participação social "*surge na década de 80 como uma forma de responder os anseios da sociedade, tendo como ponto central a sociedade e como objeto? universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania*".

Segundo Teixeira (2001), a participação pode ser classificada em política, institucionalizada e movimentarista. Discorreremos sobre as dimensões desses fenômenos:

a) **Participação política:** considera-se o ato ou a ação de comparecer a reuniões de partidos, a comícios, e a grupos de difusão de informações; filiação ou inscrição

em associações culturais, recreativas, religiosas; realização de protestos, marchas, ocupações de prédios;

b) **Participação institucionalizada:** não se restringe ao fato de ser ou não regulamentada, mas ordenamento de lógicas diferentes;

c) **Participação movimentarista:** a lógica é consensual e solidária, fundamentada em valores éticos;

d) **Participação orientada para decisão:** intervém de forma organizada e constante, caracterizando-se pela participação de diversos atores da sociedade em processos decisórios;

e) **Participação orientada para expressão:** tem caráter simbólico, caracteriza-se por marcar presença nos espaços políticos e nos processos, mas não influenciam nem intervém nos processos decisórios.

Na concepção de Bordenave (1994), a participação pode ser simbólica ou real, de acordo com a diversidade de interesses envolvidos:

a) **Participação simbólica:** é amplamente vivenciada em nosso cotidiano e consiste no fato de que membros de um grupo têm influência mínima nas decisões e nas operações, mas são mantidos na ilusão de que exercem poder.

b) **Participação real:** é aquela em que os membros têm influência em todos os processos decisórios da vida institucional e social.

A expressão "*Participação é conquistada*", utilizada pelo autor Pedro Demo em publicação que aborda as noções de políticas sociais participativas, detona um processo infundável, em constante transformação. A partir dessa perspectiva, a ação participativa se fundamenta na autopromoção, pois existe como conquista processual. Dentro dessa lógica não existe a participação completa, ideal ou suficiente, existem processos que se desenvolvem dentro de determinados contextos (DEMO, 1999).

A participação social ultrapassa a tomada de iniciativa individual do conhecimento de uma situação particular (realidade) e pressupõe o desenvolvimento de consciência social a partir da compreensão das subjetividades e complexidades das relações sociais e do contexto sociopolítico. Dentro desse contexto, o empoderamento social possibilita a emancipação individual e coletiva necessária à superação da dependência social e dominação política (NEDER, 2001).

2.4 Breve histórico da Educação Profissional no Brasil

Diante da necessidade de conhecermos mais o contexto no qual foi constituída a Educação Profissional no Brasil, discorreremos sobre o processo de transformação e os contextos sóciopolíticos que delinearão essa modalidade de ensino no Brasil.

O processo educativo, em seu sentido mais genérico de desenvolvimento humano e profissional, não fica imune às deformações do capital. Desde o período do Brasil Colônia, o trabalho, a educação, a exploração e o analfabetismo encontram-se intrinsecamente ligados ao modelo econômico. As características da educação destinada ao trabalhador eram distintas daquelas dadas aos filhos da elite, deixando evidente a divisão social (CORDEIRO; COSTA 2006; RIBEIRO, 1991).

Devido a questões econômicas e culturais, a educação profissional surge no Brasil como fenômeno tardio, já em sua origem predisposta a auxiliar órfãos e demais “desvalidos da sorte”, fundamentando, assim, o caráter assistencialista dessa modalidade de ensino (TANURI, 1981).

Os primeiros núcleos de formação profissional se deram durante o período colonial e foram criados pelos jesuítas. Essas instituições eram destinadas a formar artesões, carpinteiros, ferreiros e outros ofícios que requeria força física (MANFREDI, 2002).

Mais tarde, com a expulsão dos jesuítas, o Estado assumiu a formação profissional, deixando a cargo das Academias Militares e das entidades filantrópicas a execução das ações formativas (MANFREDI, 2002).

Na Primeira República (1889-1939), diante da expansão industrial e com o surgimento dos movimentos sindicais, o Estado começa a investir na formação profissional, estruturando assim a rede de escolas de aprendizes e artífices, mais tarde denominadas de Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs), como estratégia para conter a classe operária e neutralizar o crescimento dos movimentos sindicais (MANFREDI, 2002).

Segundo Gândara (1998), a educação profissional passa a ser uma atribuição do Ministério da Indústria e Comércio, como parte de uma política que tem como finalidade apoiar o desenvolvimento industrial, comercial e agrícola. O empenho do setor público no sentido de preparar operários para o exercício

profissional, só se torna efetivo entre os anos de no ano de 1906 a 1910. (GONÇALVES et al, 2004; OLIVEIRA, 2003).

A Constituição de 1934 representa um marco na educação profissional, ao tratar pela primeira vez das “escolas vocacionais e pré-vocacionais”. A partir de sua publicação, a Educação Profissional passa a ser dever do Estado estabelecendo, entre outras coisas, ser de competência da União e traçando as diretrizes da Educação Profissional a nível nacional.

Neste mesmo período, o setor industrial fixa uma nova perspectiva para a formação profissional. A necessidade do setor produtivo primava por um profissional semi-qualificado para desenvolver tarefas simples, rotineiras e previamente delimitadas (OLIVEIRA, 2003).

Nesta perspectiva, a formação profissional seria traduzida apenas em um adestramento para a produção em série. Essa educação tecnicista se caracterizava pela ausência de fundamentos teóricos e acentuava a distância entre o trabalho manual e o intelectual, entre o fazer e o pensar. Retirava-se do trabalhador qualquer possibilidade de intervir no processo de produção e sentir satisfação com sua atividade tornando o processo educativo pobre de sentido (OLIVEIRA, 2003).

As transformações do mercado de trabalho dão início a uma série de debates, que chegam à Câmara dos Deputados, sobre as possibilidades de expansão do ensino profissional a ricos e a pobres. O modelo produtivo vigente no país, além de demandar o adestramento mínimo da linha de produção, necessitava contar também com um quadro de gerência de supervisão bem preparado (MANFREDI, 2002).

No ano de 1946, segundo Manfredi (2002), os Decretos de Leis nº 8.621 e 8.622 autorizam a instalação em todo país de escolas de aprendizes comerciais, destinadas a trabalhadores com idades entre 14 e 18 anos. Criando-se, assim, o Sistema S, uma rede de educação profissional paraestatal gerenciada pelos órgãos sindicais e associações do comércio e indústria. O Quadro 02 apresenta as instituições que atualmente fazem parte de sistema.

Siglas	Instituições
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SENAC	Serviço Nacional da Aprendizagem Rural
SESC	Serviço social do Comércio
SENAT	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SEST	Serviço Social do Transporte

Quadro 2: Instituições do Sistema “S”

Fonte: MANFREDI (2002)

Durante o regime militar, a educação torna-se um importante instrumento de atuação e interferência do governo federal, essa se traduziu na perda significativa de autonomia do Conselho Federal de Educação (CFE). O regime militar faz vários investimentos no Sistema “S” e esse apresenta uma grande expansão neste período (TANURI, 1981).

Com o esgotamento do modelo de produção taylorista-fordista na economia mundial entre as décadas de 60 e 70, o modelo curricular tradicional, que objetiva atender a indústria à luz do modelo Taylorista, tornasse ultrapassado (TANURI, 1981; SOUSA, 2004).

Em 1971 a reforma do Ensino Fundamental e Médio teve um caráter altamente impositivo com a Lei nº 5.692/71, que se caracterizou por estabelecer a profissionalização compulsória do Ensino Secundário, ou seja, determinava que o ensino de 2º grau deveria ter como terminalidade, uma qualificação para o trabalho através de uma formação técnica (SAVIANI, 2000; MANFREDI, 2002).

Na contramão desse processo estava à falta de estrutura das escolas para atender a essa nova demanda. Diante das críticas e dificuldades evidenciadas durante a vigência dessa lei, em 1982, é publicada a Lei Nº 7044/82, que torna facultativa a profissionalização no Ensino Médio (BRASIL, 2000).

Em 1996, atendendo às mudanças do mercado, frente ao propósito de adequar a formação profissional às necessidades do setor produtivo, foi editada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei Nº 9.394/96 e posteriormente o Decreto nº 2.208/97 que orientaria a reforma da Educação Profissional no Brasil (BRASIL, 2000).

Segundo o Decreto nº 2.208/97, do Conselho Nacional de Educação (CNE), a educação profissional deverá ser o ponto de articulação e interlocução entre o Ensino Médio e o mundo do trabalho, independente do grau de escolaridade do sujeito e/ou educando ao começar o processo formativo (BRASIL, 1997).

No ano de 2004, a publicação do Decreto Nº 5.154/2004 e a do Conselho Nacional de Educação (CNE), concretiza a articulação entre a Educação Profissional Técnica de nível médio e o Ensino Médio através das seguintes formas de acesso à Educação Profissional:

a) Integrada: o acesso é oferecido após a conclusão do Ensino Fundamental, sendo o curso planejado de modo a conduzir o aluno à habilitação profissional técnica de nível médio.

b) Concomitante: o acesso é oferecido somente a quem já tenha concluído o Ensino Fundamental ou esteja cursando o Ensino Médio, conforme estabelece o Decreto nº 2.208/97.

c) Subsequente: o acesso é oferecido somente a quem já tenha concluído o Ensino Médio, alternativa também estava prevista no Decreto nº 2.208/97 como “seqüencial”, que teve a sua denominação alterada.

Cabendo, assim, às instituições de ensino, no uso pleno de sua autonomia, decidir pela forma de articulação que melhor se adequar à proposta político-pedagógica da instituição formadora.

Os novos objetivos da política de educação profissional, segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei Nº 9.394/06 são: promover a transição entre a escola e o mundo do trabalho; proporcionar a formação de profissionais aptos a exercerem atividades específicas de seu universo de trabalho; atualizar o conhecimento tecnológico através da especialização e do aperfeiçoamento; qualificar, atualizar e reprofissionalizar jovens e adultos, visando à inserção no mercado de trabalho.

As mudanças propostas por essas leis demandaram a construção de um currículo pós-industrial, em que a necessidade está centrada no desenvolvimento de um perfil profissional que leve à formação de trabalhadores autônomos, criativos, capazes de ajustar-se a mudanças e de utilizarem conhecimentos, não numa lógica burocrática, mas sim de forma adaptada aos contextos sociais aos quais estão inseridos (SOUSA, 2004).

Assim como a saúde, a área da educação também vivenciou um processo de transformações profundas na busca por desenvolver processos formativos significativos, capazes de formar sujeitos críticos e reflexivos aptos a transformar a realidade na qual está inserida. Dentro dessa perspectiva, o processo formativo

habilita o profissional para a vida produtiva e social² (BRASIL, 1999; PEREIRA, 2007).

2.5 Referenciais Curriculares da Educação Profissional

Segundo Morosini e Martins (2007), a Política de Educação Profissional em Saúde apresenta-se como uma estratégia que tem como fim a superação das diferenças entre o modelo hospitalocêntrico/curativista e o modelo integral adotado pelo SUS. Diante dessa afirmação, há a necessidade de adequar os currículos dentro dessa nova perspectiva. O currículo e/ou plano de curso dentro do processo educativo, representa o percurso que leva à aquisição e construção de novos conhecimentos (teórico-prática) tendo como fim o desenvolvimento de competências, que são estruturadas com vista a delinear um perfil profissional. O perfil profissional de conclusão deverá atender a legislação que rege a Educação Profissional, as necessidades e especificidades do serviço e região e os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de nível médio (MOREIRA & SILVA, 2000).

O Currículo voltado para o desenvolvimento de competências, segundo a Resolução CNE/CEB Nº 04/99, art. 6º, concebe competência como sendo “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999 p.02).

Segundo Pereira (2007), este currículo deverá proporcionar ao profissional um processo formativo que tem como pressuposto a reflexão dialética, tendo como ponto de partida a experiência do indivíduo a partir de um recorte da realidade.

[...] consoante ao método dialético, é crucial lembrar que o profissional da saúde se educa, é educado, no conflito e na contradição. Ele herda uma tradição, não uma tábua rasa. Ele negará, aceitará e tentará superar os limites herdados. Não partirá do zero, nem chegará ao absoluto. (PEREIRA, 2007, p. 155).

Tradicionalmente, o currículo foi amplamente utilizado como um instrumento de alienação, através do qual a classe dominante impõe seus pensamentos à classe

²Segundo a Resolução CEB N.º 04/99, art. 1º, parágrafo único, a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, objetiva garantir ao cidadão o direito ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social (BRASIL, 2004 p.1).

dominada. O currículo por competência busca romper com essa lógica. No Brasil, a existência de diferentes tendências de ensino perpassou o desenvolvimento histórico da educação profissional como higienista, militarista, tecnicista, todas norteadas de acordo com os interesses sociopolíticos pelo qual o país passou (MOREIRA & SILVA, 2000).

Segundo Saviani (2000), frente às mudanças ocorridas nas últimas décadas, vários ajustes educacionais foram realizados. O núcleo central da reforma da Educação Profissional traz como um de seus objetivos principais o fomento à empregabilidade.

A empregabilidade é um conceito ideológico que ‘desconsidera’ os fatores políticos, sociais e econômicos determinantes do desemprego. Este conceito é destituído de qualquer força teórica e prática para superar a crise do desemprego. Entretanto isto não implica dizer que o mercado não saia ganhando com o aumento da qualificação dos trabalhadores. (OLIVEIRA, 2003, p. 30).

A partir dessa perspectiva, a elaboração de um currículo que venha a atender as novas necessidades do contexto socioeconômico pressupõe uma maior articulação entre as instituições formadoras e o mundo do trabalho.

Sendo assim, a construção de currículos deverá partir de um conjunto de discussões ou debates com os atores envolvidos, através de uma oficina, que deverá envolver a comunidade e/ou usuários, os gestores dos serviços e os profissionais das áreas específicas (ACRE, 2008b).

A oficina de “ouvidoria” tem sido atividade primordial para a identificação do Perfil Profissional de Conclusão requerido para atuação na área da saúde no Estado do Acre, considerando a base legal para a definição das competências profissionais que o mercado local necessita (ACRE, 2008b).

A Educação Profissional adota o modelo de “currículo por competência”, que proporciona ao educando mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. A interação entre conhecimentos, habilidades e atitudes torna-se fundamental para o desenvolvimento de competências (PERRENOUD, 2002).

O Quadro 03 apresenta o conjunto de elementos cognitivos necessários ao desenvolvimento de competências.

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
C	H	A
SABER	SABER FAZER	QUERER FAZER
Constitui-se pelos conhecimentos específicos adquiridos formal e informalmente.	A experiência dos conhecimentos técnicos transforma-se em habilidade. Coloca-se em prática o saber fazer, gerando novos conhecimentos.	Manifesta atitudes compatíveis entre as habilidades e os conhecimentos adquiridos.

Quadro 3: Elementos para a construção de competências
Fonte: Gândara (2008).

Não podemos falar de currículos sem levantar questões ideológicas que permeiam a metodologia utilizada pelas Escalas Técnicas do SUS. Essa é baseada nos princípios da Escola Ativa, do Método Científico de um Ensino Integrado e Integrador de conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos aprendem a aprender e se preparam para resolver problemas relativos ao seu universo de trabalho. Dentro dessa perspectiva, a esta Escola cabe o papel de recriar o aprendizado, respeitando a subjetividade de cada um, não desconsiderando as experiências e vivências de seus educandos (BORDENAVE, 1994).

2.6 Criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS – RETSUS

No Brasil, a garantia do direito à saúde através de uma política de proteção social abrangente tem origem a partir da Constituição de 1988. O cumprimento desses preceitos constitucionais demanda a reestruturação do modelo de saúde vigente, gerando, assim, a necessidade de se qualificar os profissionais da área de saúde a partir dessa nova perspectiva (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Segundo Sório (2002), a existência de um grande número de profissionais de saúde atuando sem formação adequada e com baixa escolaridade dentro do sistema público de saúde representa uma das tantas fragilidades que teriam que ser superadas para a efetiva implementação de novas condutas e ações de saúde e, assim, propiciar a melhoria em relação à assistência a saúde.

Essa situação levou a Enfermeira Isabel dos Santos a aprofundar um estudo sobre a legislação do ensino vigente, na tentativa de buscar solucionar os fatores que dificultavam e limitavam o acesso desses profissionais às Instituições formadoras. A escola pretendida e idealizada por Isabel do Santos deveria viabilizar

e flexibilizar o processo formativo para atender às necessidades dessa clientela diferenciada pela faixa etária e nível de escolaridade variados, pelo comprometimento do tempo, por já estarem trabalhando, por encontrar-se geograficamente dispersa, em todo o território brasileiro e por não terem, em sua maioria, condições de pagar um curso de qualificação profissional (PEREIRA, 2007).

Sendo assim, necessária a elaboração e estruturação de uma política de formação para a área de saúde que viabilizasse o acesso desses profissionais – sem formação adequada para atuarem na área de saúde – a um processo formativo de qualificação e habilitação técnica, que viesse regulamentar a atuação de tais profissionais e melhorar a qualidade do atendimento prestado à comunidade. Diante deste quadro, inicia-se um diálogo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na tentativa de consolidar uma articulação entre essas duas políticas setoriais de Estado (BRASIL, 2007b).

Dessa forma, na década de 80, foi firmado um acordo entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde, que levou à elaboração do “Projeto de Larga Escala” que tinha como objetivo a qualificação dos trabalhadores de nível médio inseridos no serviço sem a devida qualificação (PEREIRA, 2007).

Em 1986, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Lei nº 7498/86, que regulamenta o exercício do profissional para área de Enfermagem no país, estabelecendo entre outras coisas um prazo de 10 anos para a regulamentação (qualificação) dos profissionais que estão inseridos no serviço sem a devida qualificação (BRASIL, 2006). Segundo Baptista (2007), essa lei não foi precedida de políticas efetivas para garantir o acesso desses profissionais ao ensino profissionalizante.

Mais tarde, a Constituição Federal de 1988, que cria o SUS, estabelece, entre outras coisas, em seu Capítulo II, artigo 200, inciso III, que seria de competência do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). Para o atendimento deste preceito constitucional o Ministério da Saúde começa a vislumbrar a necessidade de elaboração de uma política para tal fim.

Em 1999, o Ministério da Saúde cria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, por meio da redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado e apoiar a dinamização e regulamentação do mercado de trabalho no setor saúde. (SÓRIO, 2002, p. 21).

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE) apresenta dois componentes que são transversais ao fortalecimento das práticas de saúde:

- a) Componente: qualificação dos trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde;
- b) Componente: estruturar instâncias públicas para responder pela educação profissionalizante de níveis médio e fundamental na área de saúde (PEREIRA, 2007).

No ano de 2000, a Portaria Nº. 1.298 do Ministério da Saúde cria a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores (RETSUS) que seriam vinculadas às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, com as seguintes finalidades: a) As Escolas da Rede deveriam compartilhar informação e conhecimento; b) Deveriam buscar soluções para problemas de interesse comum a essas instituições; c) Deveriam compartilhar e difundir metodologias, recursos tecnológicos e outros tendo como finalidade a melhoria da qualidade das atividades ensino, pesquisa, colaboração e/ou cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos nível médio em saúde; d) Promover a articulação das instituições formadoras, ampliar e contextualizar sua capacidade de atuação para atender as necessidades ou demandas do SUS.

Em 2004, o Decreto nº 5154/04 regulamenta a Educação Profissional e remete às Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) a missão de participar do processo de identificação de demanda de formação, contextualizando e executando a formação dos profissionais da área de saúde de nível médio (MACHADO, 2006).

Para atender às especificidades dessa clientela de educandos-trabalhadores dentro da perspectiva de uma formação que atenda as especificidades do modelo integral, esse espaços político-pedagógicos de formação profissional foram estruturados a partir de quatro dimensões:

- a) **dimensão ética:** nortear e ordenar a formação de profissionais de saúde, dar visibilidade às ações formativas, identificar cenário, certificar o processo formativo e fortalecer as políticas de formação profissional de nível médio da área de saúde.
- b) **dimensões pedagógicas:** essas devem desenvolver metodologias educativas inovadoras, estratégias pedagógicas ativas (problematizadoras, aprendizagem por projeto) permitindo, durante o processo educativo, o desenvolvimento da práxis “*ação – reflexão – ação*”.
- c) **dimensão da gestão:** propiciar a estruturação do espaço físico e a flexibilização do acesso dos trabalhadores aos processos formativos dessas instituições.
- d) **dimensão da informação:** essas devem alimentar o banco de dados e identificar a demanda de formação do SUS. (GALVÃO 2009).

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Essa pesquisa teve como propósito observar, sob uma perspectiva reflexiva e interventiva, como se expressa o tema Participação Social nos documentos curriculares e nas práticas formativas da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha - ETSUS/AC.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, optamos por fazer uma abordagem de natureza qualitativa. A escolha do método qualitativo se deu pelo fato desse expressar, inferir e/ou incorporar a intencionalidade e a subjetividade inerente à natureza e ao universo do fenômeno estudado por nossa pesquisa (MINAYO, 1993).

O uso dessa linha de abordagem nos possibilitou um contato direto e prolongado com o fenômeno em seu ambiente natural, o da ETSUS/AC. Dentro dessa abordagem, segundo Minayo (1994), o pesquisador é o instrumento chave para a obtenção dos resultados e o ambiente natural é a fonte direta dos dados.

Para alcançarmos maior compreensão do fenômeno por nós estudado, na coleta e na análise dos dados optamos por utilizar duas técnicas. Iniciamos a pesquisa fazendo a análise documental do Projeto Político Pedagógico e dos planos de cursos dos cursos de Técnico em Enfermagem, Técnico de Higiene Dental, Técnico em Análise Clínica e do Curso de Agente Comunitário de Saúde da ETSUS/AC. Para complementar os dados obtidos na análise documental, realizamos um ciclo de quatro oficinas, sendo que a metodologia utilizada foi a problematizadora através da aplicação do Arco de Charles Maguerez, amplamente divulgada pelos autores Bordenave e Pereira.

O grupo de sujeitos dessa pesquisa foi composto por profissionais da ETSUS/AC envolvidos, direta ou indiretamente, na construção e execução dos documentos por nós analisados. A utilização dessas duas técnicas de coleta de dados se justificou pela necessidade de chegarmos à compreensão de níveis da realidade do fenômeno aqui estudado. Para Trivinos (1987), é impossível a compreensão da amplitude de um fenômeno sem conhecer suas raízes históricas, seus significados culturais e sua ligação com a macrorealidade social, na qual ele está inserido.

A metodologia problematizadora possibilitou a averiguação das concepções, crenças, valores, atitudes e opiniões do grupo de sujeitos envolvidos em nossa pesquisa. Sua aplicação motivou e levou o grupo a refletir sobre suas práticas, possibilitando, então, a interação entre consciente e inconsciente a cada vez que os participantes são induzidos a revisar muitas das suas certezas, agregando novos elementos à pesquisa e conduzindo, assim, o grupo de participantes a novas descobertas (BARDIN, 1997 e MINAYO, 2004).

Nessa abordagem, a reflexão e o confronto com as diferentes perspectivas propiciaram a ampliação dos discursos, incentivando o grupo a assumir uma nova postura frente à realidade que lhe fora apresentado, transformando-a e sendo transformado (GARCIA, 1999).

3.1 O local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no ambiente da Escola Técnica em Saúde do Acre, instituição responsável pela execução das ações da Política de Educação Profissional para a área de Saúde no Estado.

O Estado do Acre está localizado na Região Norte do Brasil e faz fronteira com Peru e Bolívia. O território acreano foi ocupado por volta de 1878, por imigrantes brasileiros motivados pela exploração econômica da borracha. O agravamento das tensões geradas nesse período deu origem à “Revolução Acreana”. O conflito com a Bolívia pela disputa do território termina em 1913, com a assinatura do Tratado de Petrópolis, que anexa o Acre ao território brasileiro (ACRE, 2009).

Nasce, assim, o Estado do Acre com extensão territorial de 152.581,388 km², localizado na parte sudoeste da Região Amazônica. Segundo o último Censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado possui uma população de aproximadamente 680.073 (seiscentos e oitenta mil e setenta e três) habitantes (MACHADO, 2006 e BRASIL, 2000).

A Figura 03 retrata como está dividido o Estado e revela a extensão de suas fronteiras com a Bolívia e com Peru.



Figura 3: Mapa do Acre
Fonte: Acre (2003a).

O território acreano se encontra dividido em duas mesorregiões, quatro regionais e 22 (vinte e dois) municípios. Segundo o Plano Estadual de Saúde do Acre, em 2006 o índice da população economicamente ativa do Estado é de 353.000 habitantes, representando 51,40% da população (ACRE, 2009).

As principais atividades econômicas do Estado são: indústria de transformação (borracha e madeira), agropecuária, construção civil, comércio de objetos pessoais e de uso doméstico, atividades imobiliárias, aluguéis e serviços prestados às instituições Públicas e empresas privadas. A taxa de analfabetismo, segundo dados do IBGE, PNAD 2007, foi de 15,8%. Essa taxa se encontra em patamar inferior às médias da Região Norte e do Brasil (BRASIL, 2009).

A rede de assistência a saúde do Estado atualmente dispõe de 308 Unidades de Saúde cadastradas no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), ofertando atendimento de saúde na atenção básica, média e de alta complexidade. Entre essas unidades de saúde, 98% fazem parte da rede pública, deixando evidente que a rede de assistência a saúde no Estado é composta basicamente pelo SUS.

Em 2001, diante do desafio de executar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) no Estado, a Escola Estadual de Enfermagem, criada na década de 60, é revitalizada e reposicionada dando origem a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha – ETSUS/AC (ACRE, 2008b).

Diante deste cenário, começa a se estruturar a rede de Educação Profissional e Tecnológica que, em um curto período de tempo, adquire o *status* de Política de Estado a qual se consolida com a criação, em 2005, do Instituto de Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr Grechi (IDEP/DM), autarquia responsável pela gestão da Política de Educação Profissional no Estado (ACRE, 2008b).

O Instituto de Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr (IDEP/DM) é composto por quatro unidades descentralizadas, denominadas Centro de Educação Profissional (CEP) que são eles: a **Escola Técnica em Saúde Maria Moreira Rocha (CEP Saúde/ETSUS-AC)**, a Escola Campos Pereira (CEP Serviços), a Escola da Floresta Roberval Cardoso (CEP Floresta) e o Centro de Formação e Tecnologias da Floresta (CEFLORA) (ACRE, 2009).

A Escola Técnica em Saúde do Acre tem como missão “*Formar profissionais na área de saúde de forma contextualizada considerando as características regionais, com alto nível científico e humanista, por meio de processos pedagógicos integrados ao processo de trabalho em saúde.*” (ACRE, 2008a, p. 11).

Cumprindo com essa premissa, a ETSUS/AC, entre os anos de 2002 a 2008, executou ações formativas nos 22 (vinte e dois) municípios do Estado, formando aproximadamente 4.456 profissionais da área de saúde nos níveis de qualificação, habilitação técnica e formação inicial continuada (ACRE, 2007; ACRE, 2009).

Atualmente, as áreas de atuação da escola são: Análise Clínica, Odontologia, Enfermagem, Radiologia, Vigilância em Saúde, Ortopedia e Nutrição Dietética (ACRE, 2007).

3.2 A coleta e análise dos dados

Iniciamos nossa pesquisa fazendo a análise temática dos documentos oficiais da instituição formadora (ETSUS/AC). Nossa intenção inicial era levar o resultado dessa análise às oficinas para validar os dados e iniciar a discussão, o que acabou se tornando impossível, devido ao tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, analisamos os documentos por meio da triangulação dos dados obtidos entre as duas técnicas adotadas para o desenvolvimento da pesquisa.

A análise documental realizada não cumpriu a risca todas as etapas propostas por Minayo (1993), por isso não chegamos propriamente a categorias, mas à identificação de alguns temas de interesse para nossa pesquisa.

3.2.1 Primeira etapa da pesquisa: análise documental

Nesse primeiro momento, nossa fonte de dados foram os documentos oficiais, como o Projeto Político Pedagógico e os Planos de Cursos, construídos pela equipe da ETSUS-AC. Nessa etapa, buscamos identificar informações factuais por meio da análise temática desses documentos, tendo como ponto de partida as questões ou hipóteses de interesse para a pesquisa, buscando evidências e dimensões da temática abordada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Para Triviños (1987), a realização de uma análise documental temática constitui-se em uma fonte importante de informações, permitindo achados que possibilitam uma maior compreensão do fenômeno estudado.

Para a análise dos documentos, utilizamos como referência os três momentos propostos por Triviños (1987) e Minayo (1993): pré-análise, exploração do material e interpretação inferencial.

Na pré-análise, foi feita a leitura flutuante e a seleção dos documentos que subsidiariam nossa pesquisa. No segundo momento, de exploração do material, nosso foco estava na transformação dos dados brutos. No terceiro momento, de interpretação inferencial, conseguimos extrair desse processo um conjunto de dados que possuía relação direta com o problema por nós proposto. Isso nos permitiu vislumbrar como se dá a inserção da temática Participação Social no Projeto Político Pedagógico (PPP) e Planos de Cursos dos cursos elaborados e executados pela ETSUS/AC.

3.2.2 Segunda etapa da pesquisa: o desenvolvimento das oficinas

O segundo momento da pesquisa possibilitou-nos problematizar diretamente com o grupo de sujeitos envolvidos no processo formativo (mediadores de aprendizagem, coordenadores de áreas técnicas e profissionais da área de aprendizagem). Observando como concebem, conceituam e vivenciam no cotidiano

das atividades educativas a temática Participação Social e qual o significado e a relevância dessa abordagem para a consolidação do SUS.

Para Minayo (1993), as oficinas oportunizam ao grupo discutir, refletir e focalizar os pontos chaves da existência do fenômeno, podendo, assim, formular questões mais precisas, complementar informações sobre conhecimentos peculiares de acordo com suas crenças, atitudes e percepções.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os critérios utilizados para de seleção do grupo de sujeitos de nossa pesquisa foram:

- a) Ser trabalhador da ETSUS-AC;
- b) Ter proximidade com o fenômeno estudado;
- c) Ser mediador de aprendizagem de um dos cursos da ETSUS-AC;
- d) Ser coordenador de uma das áreas técnicas da ETSUS-AC;
- e) Fazer parte da área de aprendizagem da ETSUS-AC;
- f) Ter disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo.

Esses critérios nos permitiram fechar um grupo de 11 (onze) participantes, conforme apresentaremos no Quadro de n° 4.

Qt.	Sexo	Formação	Função dentro ETSUS-AC
4	Fem.	Enfermeiro	Mediadora do curso de Agente Comunitário de Saúde – ACS
1	Fem.	Enfermeiro	Mediadora do curso de Técnico em Enfermagem
1	Fem.	Enfermeiro	Coord. da Área Técnica de Enfermagem
1	Masc.	Tecnólogo em Radiologia	Coord. da Área Técnica de Radiologia
1	Masc.	Administração Hospitalar	Coord. da Área Técnica de Vigilância em Saúde
1	Fem.	Licenciatura em Pedagogia	Coord. da Área de Técnica Aprendizagem
1	Fem.	Licenciatura em Pedagogia	Assessora da Área Técnica de Aprendizagem
1	Fem.	Bioquímica Farmacêutica	Mediadora do curso de Análise Clínica

Quadro 4: Descrição dos sujeitos de nossa pesquisa

Como citamos anteriormente, para alcançarmos os objetivos propostos por essa pesquisa, adotamos nas oficinas a metodologia Problematizadora, tendo como referência o Método do Arco de Charles Maguerez, amplamente divulgado por Bordenave e Pereira (2004).

Segundo Bordenave e Pereira, a metodologia problematizadora tem como princípio a idéia da educação libertadora. Já Berbel acredita que essa abordagem se fundamenta na concepção da educação histórico-crítica, pois a aplicação dessa metodologia permite aos sujeitos envolvidos o exercício de explorar, conhecer, refletir e intervir sobre a realidade na qual ele está inserido, transformando-a e sendo transformado (BORDENAVE; PEREIRA 2004; BERBEL 1999).

As características da metodologia problematizadora apresentada pelos autores viabiliza ao pesquisador e/ou mediador desse processo visualizar a percepção, as crenças e as expressões dos participantes sobre o tema abordado.

Dentro dessa perspectiva, Paulo Freire, em seu livro *A Pedagogia do Oprimido*, diz que

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres do mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isso, cada vez mais desalienada. (FREIRE, 1987, p. 70).

A escolha dessa metodologia se justifica pela necessidade de se conhecer as expressões e as práticas dos sujeitos de nossa pesquisa e, ao mesmo tempo, estabelecer diálogo e comunicação, pois os interlocutores estão ativos e iguais por meio de uma relação igualitária, dialogal, que produz/constrói, formula e propõe transformações (FREIRE, 1996).

Para a aplicação da Metodologia Problematizadora foram seguidas as cinco etapas que serão descritas no Quadro 5 (BERBEL, 1999):

Metodologia da Problematização
<p>1ª Observação da Realidade Social: a partir de uma unidade de estudo abordando a temática "A expressão da Participação Social nos Currículos da ETSUS-AC" os participantes são levados a problematizar a realidade de suas práticas formativas., Esse processo de discussão permitiu ao grupo ampliar e conhecer outras dimensões do fenômeno por nós estudado.</p> <p>2ª) Levantamento de Pontos-Chaves: nessa etapa os participantes foram levados a refletir sobre as possíveis razões da existência dos problemas que emergiram a partir das discussões da primeira etapa.</p> <p>3ª) Teorização: o conjunto de informações abordadas nessa etapa permitiu ao grupo conhecer as dimensões conceituais do fenômeno por nos estudado. O processo de discussão e de troca de experiência possibilitou aos participantes analisarem e avaliarem as informações quanto a possibilidade de que estas possam contribuir para a compreensão e resolução de nossa pergunta problema.</p> <p>4ª) Elaboração de Hipóteses de Solução: as informações levantadas nas etapas anteriores propiciou um conjunto de elementos que permitiu ao grupo, sujeitos de nossa pesquisa, visualizar as possíveis hipóteses de solução para chegarmos a solucionarmos os problemas evidenciados que condicionam a existência do fenômeno por nós estudado.</p> <p>5ª) Aplicação das Hipóteses à Realidade: Nessa etapa, o componente social e político está mais presente e ultrapassa o exercício intelectual, pois esse é o momento de tomada de decisões, momento em que o grupo (profissionais da ETSUS/AC) veio de fato a estabelecer o compromisso de transformar esta realidade. O exercício de refletir sobre os determinantes da existência do fenômeno possibilitou ao grupo encontrar respostas e desenvolver estratégias concretas para solucionar os problemas evidenciados nas demais etapas.</p>

Quadro 5: Metodologia Problematizadora
 Fonte: Berbel (1999).

Segundo Berbel (1999), os passos percorridos por essa metodologia proporcionaram aos sujeitos da pesquisa o exercício dialético da ação - reflexão - ação, conforme observaremos na Figura 4:

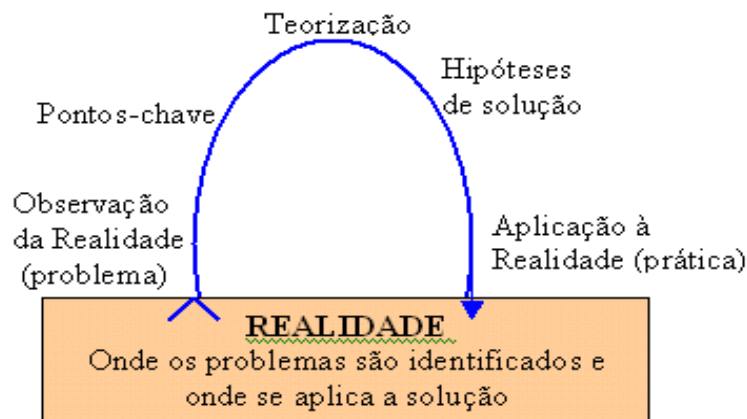


Figura 4: Método do Arco, de Charles Maguerez
 Fonte: Berbel (1986).

A **práxis** é oriunda do pensamento crítico e pressupõe a ação que deve preceder a reflexão sobre uma determinada realidade. A partir dessa perspectiva, a ação sem reflexão se constitui algo meramente mecânico, individualista e desumanizado (FREIRE, 2007).

O desenvolvimento de uma pesquisa correlata ao tema Participação Social no mesmo ambiente da ETSUS/AC, com o mesmo grupo de sujeitos, apresentou-se como uma excelente oportunidade de aprofundarmos o debate sobre o tema por nós estudado. A temática abordada pela outra pesquisa tinha como tema central a “*Promoção da saúde*”³, que tem como um dos princípios para sua operacionalização a Participação Social.

A partir dessa perspectiva, vislumbrou-se a possibilidade de realizarmos os encontros concomitantemente aos dessa outra pesquisa. No entanto, pela extensão das abordagens que nos propusemos a trabalhar e diante do grande envolvimento percebido nos participantes, optamos por aumentar o número de oficinas para quatro, cada encontro com a duração de 4 horas, dando mais oportunidade para o grupo aprofundar as discussões, e a partir daí, propor um movimento de mudança que viesse a dar resposta às contradições vivenciadas no cotidiano das práticas educativas do grupo.

As quatro oficinas realizadas para o desenvolvimento dessa pesquisa se desenvolveram a partir de dois momentos: no primeiro, o tema abordado era a Promoção de Saúde; no segundo, a Participação Social. Na sequência temos a descrição das oficinas.

1ª Oficina: Observação da realidade

A primeira oficina aconteceu no dia 27 de maio de 2009, na sala de Multimeios, das 08h30min às 12 horas. Nesse encontro, informei aos participantes o objetivo de nossa pesquisa. Em seguida, foi solicitado que cada um dos participantes fizesse sua apresentação, respondendo os seguintes questionamentos:

³ A pesquisa correlata ao tema abordado em nossa pesquisa tinha como título a “***Formação de recursos humanos em uma perspectiva histórica – dialética sobre as ações de Promoção da Saúde, com ênfase no processo saúde-doença***” desenvolvida pela mestranda Thais S. M. Barros sob orientação do Prof.Dr. Luiz R. A. Cutolo.

- a) O que você realizou na sua vida profissional?
- b) O que você acha que foi importante nesta trajetória?

Após finalizar a dinâmica de apresentação, realizei sucinta apresentação do projeto que seria desenvolvido com a ajuda do grupo. Na sequência fiz a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e ao finalizar, solicitei aos participantes que o assinassem, caso concordassem com disposto no documento.

Iniciei as atividades da primeira oficina fazendo uma dinâmica de integração, com a finalidade de aproximar e sensibilizar os participantes. Em seguida, instiguei o grupo a refletir sobre suas práticas a partir dos seguintes questionamentos:

- a) Enquanto educador como você contribuiu para o desenvolvimento de uma sociedade mais participativa?
- b) O que é Participação Social?
- c) A ETSUS-AC está cumprindo com seu papel de formar sujeitos aptos a participar dos processos decisórios e na definição de políticas públicas?

Após amplo debate e discussão, enceramos o encontro fazendo uma breve avaliação e a pactuação da próxima oficina.

2ª Oficina: Complementação da observação da realidade e levantamento dos pontos chave

O segundo encontro aconteceu no dia 09 de junho de 2009, nas dependências da Escola Técnica em saúde Maria Moreira da Rocha (ETSUS) - ACRE, após ampla negociação com gestão da Escola devido à grande demanda de atividades dos profissionais envolvidos em nossa pesquisa.

Iniciei o encontro apresentando o resumo das expressões e concepções do grupo a partir dos questionamentos abordados no primeiro encontro, sendo as unidades de registro das falas dos participantes o ponto de partida para aprofundarmos um pouco mais a “observação da realidade”.

Nesse encontro, com o objetivo de explorar a realidade a partir da visão de quem elabora os Planos de Cursos (coordenadores de área técnicas) e podermos confrontá-la com o olhar de quem a executa (mediadores de aprendizagem), formamos dois grupos, um composto por coordenadores e outro composto por

mediadores. Para instigar o processo de discussão foi feito ao grupos os seguintes questionamentos:

- a) Como se concretiza a Participação Social na área de saúde?
- b) Como se expressa a Participação Social nas atividades didáticas?

No segundo momento da oficina, havia o propósito de levar o grupo a refletir sobre os fatores que condicionavam a expressão da participação nas concepções e nas práticas curriculares. Para atender a essa necessidade, solicitamos ao grupo que refletissem sobre o seguinte questionamento: “Dentro do universo de trabalho de vocês, quais são as **fragilidades** e as **potencialidades** para o desenvolvimento e a experimentação da temática Participação Social nos nossos Planos de Cursos e práticas formativas?”

Para finalizar o encontro solicitei ao grupo que fizesse uma breve avaliação da oficina e agradecei, mais uma vez, a participação de todos.

3ª Oficina: Teorização

A teorização aconteceu no dia 27 de julho de 2009, também nas dependências da ETSUS/AC. Para subsidiar o processo de discussão durante essa etapa, entreguei aos participantes um texto para leitura prévia. O objetivo era propiciar a troca de informações e, assim, um debate mais aprofundado em torno da temática de nossa pesquisa.

Na teorização apresentei ao grupo, por meio de *data-show*, os seguintes temas:

- a) História das políticas públicas de saúde no Brasil;
- b) Conceito ampliado de saúde e a nova promoção da saúde;
- c) Participação Social e seus diversos sentidos;
- d) Breve histórico da Educação Profissional no Brasil e a criação das Escolas Técnicas do SUS.

Devido à participação intensa do grupo durante a apresentação, exploração e debate dos temas abordados, não foi possível realizar atividade de avaliação do encontro. Ao finalizar o encontro, agradecei a disposição do grupo e pactuei o horário e local de nossa quarta oficina.

4ª Oficina: Etapa da elaboração de hipóteses de solução

O último encontro aconteceu também nas dependências da Escola Técnica em Saúde (ETSUS) - AC no dia 29 de julho de 2009. Essa oficina teve como objetivo estimular o grupo a discutir, construir e apresentar como resultado uma matriz curricular que viesse a atender o propósito de formar sujeitos aptos a intervir e a participar nas definições de políticas públicas de forma consciente.

Para dar início às atividades, convidei o grupo para que, juntos, montassem um quebra-cabeça. Ao terminar a montagem, solicitamos ao grupo que refletisse sobre a mensagem de Paulo Freire contida no quebra-cabeça “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua construção”. (1996, p. 25).

Na sequência, entreguei ao grupo uma matriz curricular formulada por nós a partir das informações colhidas durante o desenvolvimento da pesquisa e solicitei que o grupo analisasse, discutisse e reformulasse a nossa proposta.

Para subsidiar esse momento de discussão, entreguei ao grupo:

- a) Unidades de registro das falas dos participantes sobre os fatores que limitavam e os que facilitavam a abordagem do tema Participação Social dentro dos currículos da ETSUS;
- b) Quadro de fatores Potencializadores e Limitantes da Participação Social segundo Santos e Wendhausen (2003) não referenciados;
- c) Matrizes do módulo básico dos cursos técnicos das áreas de Enfermagem, Análises Clínicas e Odontologia;
- d) Tabela de verbos utilizados para subsidiar a elaboração textual de habilidades e competências;
- e) Esboço de uma matriz desenvolvida por nós a partir do conjunto de evidências apresentadas no decorrer da pesquisa.

Após a apresentação e discussão da matriz reformulada, solicitei aos participantes a avaliação dos encontros e agradei a todos os participantes pela disposição e comprometimento desprendidos durante todo o processo.

3.3.1 Tratamento dos dados das oficinas

Segundo Minayo (1993), a análise qualitativa dos dados levantados durante as oficinas busca revelar e/ou descobrir o núcleo do sentido que compõe os discursos apresentados. Esses devem dar significado aos objetivos que deverão ser alcançados pela pesquisa, cujo propósito é buscar identificar a expressão da Participação Social nas Práticas Curriculares da ETSUS/ ACRE.

Segundo Bauer (1999), diante das mais variadas expressões da linguagem verbal e não verbal, o campo semântico pode ser enriquecido pela percepção simbólica das imagens que se constroem durante o processo de comunicação. A partir dessa perspectiva, para facilitar o registro dos dados, todas as oficinas foram filmadas e transcritas, respeitando a integridade das falas dos participantes e o contexto no qual elas estavam inseridas.

A leitura dos relatórios gerados a partir dessas transcrições nos permitiu destacar as falas mais pertinentes e identificar as unidades de registro contidas nas falas dos participantes.

3.4 Aspectos éticos

Para a realização dessa pesquisa, foram seguidas todas as orientações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para a realização de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Essa tem como premissa os quatro referências básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL,1996).

Para darmos início à pesquisa, solicitamos previamente à autorização do IDEP-DM, autarquia à qual a ETSUS/AC está vinculada administrativamente (APÊNDICE A).

O projeto dessa pesquisa foi inscrito no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa (SISNEP) envolvendo Seres Humanos (ANEXO A). O projeto também foi apresentado e devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da UNIVALI, com o cadastro nº 40/09 (APÊNDICE B).

Para a realização das oficinas, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

Atendendo às exigências éticas para o desenvolvimento de pesquisa científica com seres humanos no que se refere ao anonimato, fizemos a seguinte codificação dos sujeitos da pesquisa, conforme apresentamos no Quadro 6:

Colaboradores da Pesquisa	Código de Identificação
Colaborador da Pesquisa 1	C01
Colaborador da Pesquisa 2	C02
Colaborador da Pesquisa 3	C03
Colaborador da Pesquisa 4	C04
Colaborador da Pesquisa 5	C05
Colaborador da Pesquisa 6	C06
Colaborador da Pesquisa 7	C07
Colaborador da Pesquisa 8	C08
Colaborador da Pesquisa 9	C09
Colaborador da Pesquisa 10	C010
Colaborador da Pesquisa 11	C011
Pesquisadora	PE

Quadro 6: Codificação dos sujeitos da pesquisa

CAPÍTULO 3

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são discutidos em duas perspectivas. A primeira decorre da análise documental feita sobre o Projeto Político Pedagógico e os Planos de Cursos dos cursos: Técnico em Análises Clínicas, Agente Comunitário de Saúde, Técnico em Enfermagem e Técnico em Higiene Bucal. A segunda é resultante do conjunto de dados extraídos de oficinas realizadas com colaboradores da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha - ETSUS/AC durante a realização desse estudo.

Inicialmente, nosso propósito era de apresentar e discutir nas oficinas os resultados evidenciados na análise documental. Mas, na prática, por problemas de várias ordens, isso não foi possível e realizamos análises separadas desses dois aspectos.

4.1 Análise documental temática: tendências pedagógicas e práticas educativas

4.1.1 Projeto Político Pedagógico

Com a criação do SUS pela Constituição de 1988, o grande desafio que se apresentou a partir dali foi o de criar condições favoráveis para a sua implementação. A Lei 8080/90, de regulamentação do SUS, representou uma ação necessária à normatização de princípios doutrinários e organizativos que delineariam o processo de mudanças de práticas proposto pelo SUS que, embora tenha apresentado uma legislação avançada, vivencia ainda hoje problemas em sua aplicação prática.

A qualificação e habilitação dos profissionais de saúde emergem dentro desse contexto como uma das estratégias a serem adotadas para a superação de um modelo de atenção à saúde centrada na doença por outro que propõe, dentre outras coisas, o acesso universal sob a perspectiva da integralidade, equidade e participação social.

O art. 200 da Constituição de 1988 estabelece ser de competência do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (PEREIRA, 2007). Assim, no ano de 2000, foi publicada a Portaria Nº

1.298/00 (MS), estabelecendo a criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS/RET-SUS, instituições que responderiam pela formação dos profissionais de nível médio para área de saúde (MACHADO, 2006).

No ano de 2001, para a execução do PROFAE no Estado do Acre, a antiga Escola Estadual de Enfermagem, criada em 1964, foi revitalizada e reposicionada no cenário local, dando origem à Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha - ETSUS/AC, criada a partir do Decreto Estadual N° 4577, de 17 de dezembro de 2001.

Tornando-se, a partir daí, necessária a construção de um marco regulatório que daria identidade às ações formativas dessa nova instituição. O Projeto Político Pedagógico por nós analisado foi produzido pela equipe da ETSUS-AC. A elaboração desse documento se deu diante da necessidade da instituição atender ao disposto pela Lei nº 9.394/96 de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que em seu art.12 estabelece que toda instituição formadora deverá elaborar e executar sua proposta pedagógica (BRASIL, 1997).

Dentro desse contexto, em 2004 foi dado início ao processo de discussão e de descrição de como se deu a construção desse documento. Ficou explícito que o processo de elaboração atendeu às orientações do art. 14 da Lei nº 9.394/96/LDB, que previa a participação da comunidade escolar, dos educandos e das entidades afins ao processo formativo (BRASIL, 1997).

A primeira versão desse documento nasceu ao longo de dois anos e três meses de trabalho. Para sua construção, foram realizadas visitas, como consta no PPP:

[...] visitas a segmentos que demandam e promovem Educação Profissional no Acre, realização de Oficinas de Ouvidoria, entrevistas, capacitações estaduais e nacionais no âmbito da Educação Profissional, visitas técnicas a instituições de Educação Profissional com renome nacional, inúmeros momentos de estudo de toda a equipe. (ACRE, 2008b).

Ao ler o documento, identificamos que várias entidades e instituições participaram do processo de discussão, que levou à elaboração desse documento, dentre as quais podemos citar: Ministério da Saúde, Escola Técnica em Saúde de Alagoas, Universidade Federal do Acre, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal Saúde.

Ressaltamos, ainda, o cunho participativo do processo de construção desse documento na perspectiva de que essa experiência tenha sinalizado para a importância da Participação Social como temática transversal ao processo de implementação e consolidação do SUS.

Muito embora a construção desse documento tenha representado um grande desafio para a equipe ETSUS/AC, tamanho era o envolvimento dos participantes durante o período de elaboração desse documento que no texto de “Introdução” é mencionado o fato de estarem realizando um “sonho”.

A seguir, uma citação contida no Projeto Político Pedagógico denota sob que perspectiva o documento foi elaborado:

Uma Proposta Pedagógica é um caminho, não um lugar. Uma Proposta Pedagógica é construída no caminho, no caminhar. Toda Proposta Pedagógica tem uma história que precisa ser contada (KRAMER, 1997 apud ACRE, 2008b, p. 44).

Ficando, assim, evidente que o documento é embutido de valor afetivo, sentimental, fraternal e que a equipe estava aberta a toda e qualquer contribuição que viesse a aperfeiçoá-lo e enriquecê-lo, denotando o caráter participativo com que fora construído. A missão idealizada por esse coletivo propõe um processo formativo que possibilite

[...] promover educação profissional de qualidade na área da saúde, considerando as características regionais com alto nível científico e humanista, formando cidadãos para atuarem nas perspectivas da integralidade e equidade. (ACRE, 2008b).

Na análise de conteúdo ficou explícito que a missão idealizada por esse coletivo enfatiza a formação de um profissional para atuar na perspectiva da integralidade, fato este que caracteriza uma aproximação com o **modelo integral de saúde**, cujo foco está centrado em uma visão ampliada do processo saúde-doença. A menção dos princípios da **integralidade e equidade** dá indicativos de que a instituição buscava uma formação profissional que dialogasse e atendesse às especificidades do SUS.

O documento também expressa a necessidade de se superar o enfoque tradicional do modelo de formação centrado na doença, cujo foco desconsidera e exclui a abordagem do indivíduo em sua totalidade e assim a causalidade social do processo saúde-doença (MAEYAMA, 2006).

Outro aspecto que nos chamou atenção foi à abordagem dada ao tema Formação para o Trabalho, como podemos observar no trecho a seguir:

Observando os novos processos e padrões organizacionais estabelecidos pela sociedade, a partir dos avanços na tecnologia e na ciência, compreendemos a necessidade de propor um processo educativo que qualifique profissionais com a postura exigida pelo mundo do trabalho. (ACRE, 2008b, p. 50).

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) represente o universo de trabalho dos profissionais que acessam a esta instituição formadora, a superação do modelo de formação tradicional pressupõe a formação de sujeitos críticos, preparados para vida (social e profissional) e não apenas para o mundo do trabalho. O “mundo do trabalho” não necessariamente possui sua própria crítica e expressa necessidade de transformação. As práticas de saúde ainda estão muito descoladas do arcabouço teórico ensejado pela Reforma Sanitária e cabe, sim, ao profissional formado pelas escolas, questionar a prática atual, buscando sua transformação.

Essa é uma discussão presente dentre os debates de formulação de propostas para a NOB-RH/SUS, apresentada na 3ª Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, cujo relatório diz que:

A formação dos trabalhadores de saúde, desprovida de visão cidadã do trabalho, promove a reprodução de um modelo mecanicista, com base em normativas e padronizações produzidas pelos que planejam e dirigidas àqueles que executam, resultando, muitas vezes, em situações de constrangimento e coesão do trabalho (BRASIL,2006 p.31).

A NOB-RH/SUS, publicada em 2003, estabelece que, para garantir uma gestão de qualidade, é necessária a “reorientação do ensino em todas as escolas de saúde a partir do enfoque da integralidade e humanização em saúde, por meio de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS” (BRASIL,2006).

A superação da visão instrumentalista do cuidar em saúde pressupõe a adoção de um conjunto de ações transversais que vão além do estabelecimento de relações político-pedagógicas para o desenvolvimento de competências requeridas para o desenvolvimento das Ações Integradas em Saúde (BRASIL, 2006).

O documento analisado (PPP), no item Políticas de Educação em Saúde e Parcerias, traz o seguinte relato:

A Educação Permanente em Saúde é uma política estratégica que tem a finalidade de promover **mudanças das práticas de saúde**, tendo como base a formação, a atenção em saúde, gestão dos serviços e o controle social da formulação de políticas no setor, denominado de quadrilátero da educação permanente. (ACRE, 2008b, p. 58).

O quadrilátero da Educação Permanente representa o processo de aprimoramento das práticas, que tem seu foco no fortalecimento das ações em saúde por meio do “empoderamento” do profissional em seu local de serviço. Essa estratégia tem seu foco na superação das dificuldades vivenciadas no dia-a-dia do serviço. Nessa perspectiva, o processo formativo extrapola a educação para o domínio técnico-científico e se estende aos aspectos estruturantes das relações de trabalho e de suas práticas sociais quanto aos aspectos de organização da gestão e estruturação do controle social para o enfrentamento dos condicionantes do processo saúde-doença (CECCIM, 2005).

Os Referenciais Curriculares da Educação Profissional de nível médio propõem a adoção de um currículo que viabilize e articule conhecimentos gerais, profissionais, experiências de vida e valores que deverão ser consolidados por meio de atividades pedagógicas (BRASIL, 1999).

No que se refere à descrição de como se deu o processo de concepção do Currículo por Competência e adoção das metodologias no documento, consta que foram realizadas quatro oficinas. A seguir, o trecho do documento que relata as diversas oficinas experiências vivenciadas por esta equipe durante a elaboração do Projeto Político Pedagógico e reformulação ou atualização dos mesmos:

Metodologia de Projetos e Avaliação por Competências, com Elizabeth Fadel, em 2003, Metodologias Ativas, com Prof. Dr. Roberto Macedo-UFBA, Elaboração de Instrumentos de Acompanhamento Pedagógico e Avaliação no Currículo por Competência, Prof. Dr. Robson Tenório-UFBA, Desenvolvimento de Estratégias de Aprendizagem Aplicadas ao Currículo por Competências – Prof. Dr. Juan Díaz Bordenave. (ACRE, 2008a).

A partir dessas oficinas, a escola pode fundamentar as discussões conceituais que levaram à compreensão do que veria ser o “Currículo por Competência”.

Segundo Ramos (2002), o Currículo por Competência vem a ser um sistema de concepções e conceitos capaz de contemplar as dimensões da vida produtiva e vida social concretizado por meio da adoção de “metodologias ativas” que devem

ser concebidas como um conjunto de estratégias que proporcionam aos educandos o desenvolvimento de habilidades necessárias a uma interpretação crítica da realidade (RAMOS, 2002a).

Apesar dos diversos investimentos feitos para a construção dessa proposta pedagógica, relatos colhidos no local da pesquisa dão indicativos de que hoje, na instituição, exista um hiato entre a proposta pedagógica e as práticas formativas, que estão condicionadas por diversos fatores, dentre eles a saída dos profissionais que participaram do momento de discussão que deu origem ao documento, a falta de um quadro próprio e a alta rotatividade de profissionais dentro da instituição. A existência de discursos contraditórios aos referenciais teóricos apresentados dentro desse documento pode estar relacionada a esses fatores. A seguir um fragmento do documento analisado cujo discurso é contraditório ao referencial conceitual do currículo adotado pela instituição.

Proposta curricular da Instituição é concebida dentro dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico compreendido na perspectiva da **matriz funcionalista**.⁴ (ACRE, 2008b).

A afirmação de que a proposta curricular foi concebida sob uma matriz funcionalista é incoerente, pois a abordagem metodológica descrita no PPP é construtivista⁵. Nessa perspectiva, o processo formativo idealizado busca romper com a concepção hegemônica tradicional (mecanicista, centrada na transmissão) para outra concepção construtivista (crítica reflexiva, intervencionista, problematizadora das práticas), mediada pelos movimentos de auto-análise e autogestão da realidade, em que o educando é o protagonista (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Na descrição do Estado do Acre, o documento traz um relato superficial das especificidades, fragilidades e potencialidades locais e regionais dos 22 municípios que compõe o Estado como fatores socioeconômicos, doenças prevalentes, perfil epidemiológico e condições de acesso a essas localidades.

⁴ **Matriz funcionalista:** se estrutura no pensamento funcionalista tem seu foco na função, e não no trabalhador e tem íntima relação com a economia de mercado. (ARAÚJO, 2007, p. 35).

⁵ **Matriz construtivista:** se estrutura a partir da análise dos processos de trabalho e sua relação com o contexto social. Indica a importância da situação-problema como um contexto adequado de mobilização do saber. (ARAÚJO, 2007, p. 35).

A floresta cobre aproximadamente noventa por cento (90%) do território acreano, e parte da população é composta por ribeirinhos, indígenas e extrativistas. Vale ressaltar que o Estado possui 11.970 indígenas distribuídos em 207 aldeias. (ACRE, 2008, p. 62).

Segundo o art. 26 da LDB, os currículos devem estabelecer um diálogo com o local onde este será executado, sendo fundamental que os mesmos façam uma boa descrição acerca das características regionais, culturais, econômicas e da clientela à qual os mesmos serão aplicados (BRASIL, 1999).

O documento não faz menção à existência de estratégias que busquem contextualizar o processo formativo às especificidades e às necessidades das comunidades mais isoladas, como os ribeirinhos e as comunidades indígenas.

Através da análise desse documento, podemos concluir que o PPP apresenta, em síntese, a intencionalidade da instituição e dos colaboradores em construir uma proposta inovadora, que venha a ocasionar mudanças necessárias à consolidação de uma aprendizagem significativa, mas ainda apresenta algumas distorções conceituais de compreensão do próprio currículo adotado pela instituição e das dimensões do processo formativo em relação ao contexto social e profissional.

A missão da instituição, embora apresente uma proximidade dialógica com os princípios do SUS, não se apresenta de forma clara dentro da proposta pedagógica. A adoção de um currículo que tem a pretensão de formar cidadãos críticos, reflexivos e co-participes de seu processo de aprendizagem exige da equipe a compreensão das dimensões e dos propósitos dessa abordagem. O sucesso de sua aplicabilidade está condicionado ao grau de compreensão do corpo técnico formado por coordenadores e mediadores.

4.1.2 Planos de Cursos

Segundo Silva (2007), em seu livro “Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo”, o currículo é um documento capaz de criar significados sociais que estão ligados diretamente a relações sociais de poder e desigualdade. Para a Educação Profissional, o currículo significa um “conjunto integrado e articulado de situações e meios, pedagogicamente concebidos e organizados para promover aprendizagens profissionais significativas” de tal sorte que a análise desses documentos nos permitirá conhecer os significados e as

relações que pretendem estabelecer com o universo no qual eles estão sendo aplicados (BRASIL, 2000).

Os Planos de Cursos analisados por esta pesquisa foram os dos cursos de Técnico em Análise Clínica (TAC), de Técnico em Saúde Bucal (TSB), de Técnico em Enfermagem (TE) e o de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Todos trazem relatos de que foram construídos atendendo às orientações dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional, das Normas Estaduais para Educação Profissional e do Projeto Político Pedagógico da Instituição (PPP).

O conjunto de orientações que embasa a construção desse documento considerou as características e necessidades da realidade local. Para a definição do **perfil profissional de conclusão** para cada curso, foi realizada oficina de ouvidoria com a participação de profissionais da área, entidades do setor saúde e entidades da área da educação. A seguir um trecho do documento que traz a preocupação da instituição em envolver a comunidade na definição do perfil profissional de conclusão:

[...] como uma das ações necessárias à elaboração do Plano de Curso a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira- da Rocha – ETSMMR mobilizou gestores, entidades de classes e profissionais da área, para uma momento de discussão para a identificação do “**perfil profissional de conclusão**” dos profissionais que serão formados por essa Instituição. (ACRE, 2008, p. 15).

Sob o ponto de vista legal, os Planos dos Cursos atendem à carga horária mínima definida na Resolução CNE/CEB nº 04/99 para cada área profissional. No referente à relevância e ao impacto das ações formativas, as justificativas e os objetivos apresentados nos planos de cursos contemplam as razões que levaram a instituição a propor a abertura dos referidos cursos.

Observamos na identificação da unidade formadora que a Missão da Instituição traz elementos conceituais que favorecem uma formação significativa e libertadora. A seguir, apresentaremos a Missão:

[...] formar auxiliares e técnicos da saúde integrais, capazes de solucionar problemas com alto nível científico e humanista, dispostos a prestar serviços nos diversos níveis do sistema de saúde. (ACRE, 2008, p. 24).

A organização dos currículos analisados por esta pesquisa é modular e os mesmos estão divididos em quatro módulos. A abordagem de cada módulo será descrita na Figura 5:

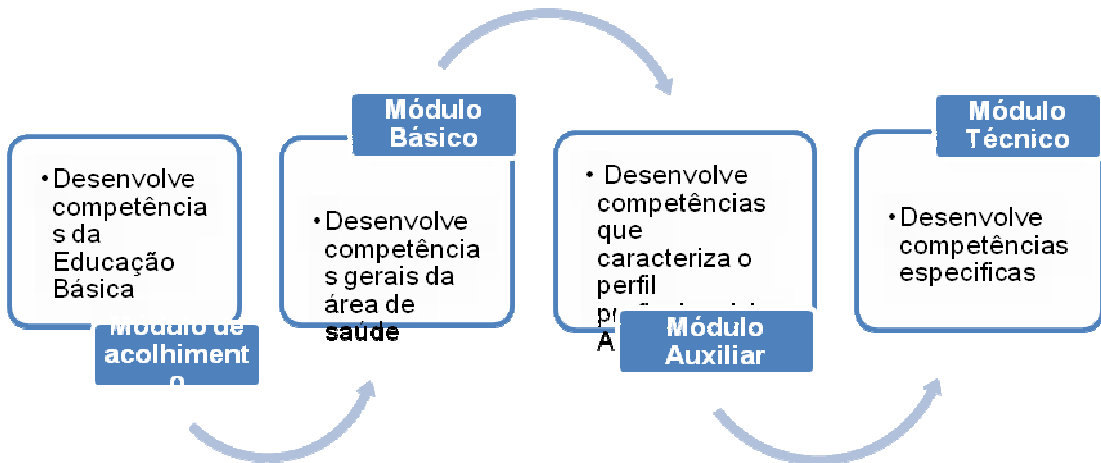


Figura 5: Organização da estrutura curricular.

Segundo a Resolução CNE/CEB nº 04/99, os Currículos da Educação Profissional de nível médio devem ser voltados para o desenvolvimento de **Competências** concebido como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”.

Dentro dessa perspectiva, o processo de aprendizagem pressupõe a mobilização e/ou articulação de um conjunto de recursos cognitivos, necessário ao desenvolvimento de uma competência. A Figura 6 apresenta a relação dialética entre os três pilares para o desenvolvimento de competência:

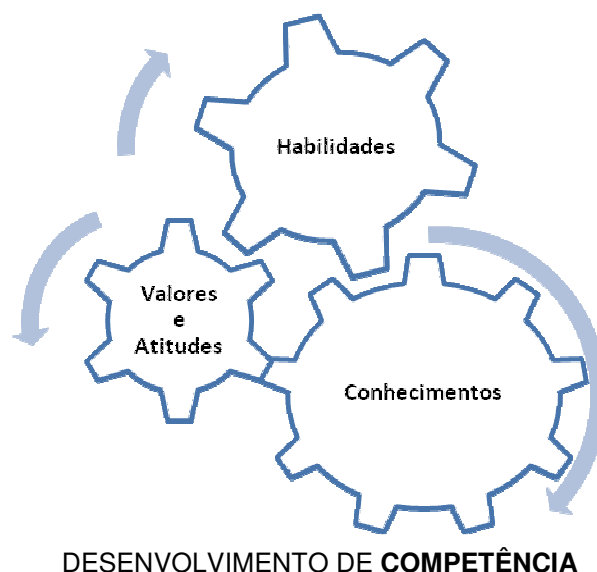


Figura 6: Pilares para o Desenvolvimento de Competência

Para melhor entender o “Currículo por Competência”, conceituaremos a seguir termos – como Bases científicas e tecnológica/conhecimento, Habilidades e Atitudes e valores (SAÚPE et. al,2005) – utilizados dentro dessa abordagem.

- a) **Bases científicas e tecnológica/conhecimento:** conjunto de conteúdos obtidos por meio de exposição dialogada, leitura, discussões, reflexões e reelaboração crítica da realidade viabilizando assim, ao educando o domínio cognitivo de um *saber*, que o habilita para a tomada de decisões e resolução de problemas na área em que vai atuar.
- b) **Habilidades:** conjunto de práticas e ações adquiridas, a partir da compreensão da realidade objetiva que possibilita colocar em prática o conhecimento adquirido no seu campo de atuação.
- c) **Atitudes e valores:** conjunto de comportamentos resultante da experiência de vida de um indivíduo que, quando estimulado pelo processo de aprendizagem, conduz o educando a refletir e fortalecer sua autonomia e o senso de responsabilidade, conferindo ao profissional o domínio ético e afetivo de um *saber ser e saber conviver*.

A análise dos Planos de Cursos nos permitiu detectar que poucas são as competências que se aproximavam do tema abordado por nossa pesquisa. A seguir, as **competências** que apresentaram certa proximidade com o tema Participação Social.

I. Competência: desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, visando à melhoria da qualidade de vida da população. (ACRE, 2003b, p. 48).

O Quadro 7 apresenta o conjunto de recursos cognitivos apresentado na matriz para o desenvolvimento da primeira Competência.

Saberes (BCT)	Saber fazer (HAB)	Saber ser (AT/VAL)
<ul style="list-style-type: none"> - Processo saúde/doença: determinantes, principais problemas de saúde da população, recursos existentes para enfrentamento dos problemas; - Comunicação: conceito, finalidades, estratégias e meios de comunicação de massa; - Educação para a saúde: conceito, processo educativo, métodos e técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer os principais fatores do meio ambiente que pode interferir no processo saúde/doença; - Organizar grupos de discussão; - Elaborar material informativo; - Orientar o usuário ao auto-cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar e promover cidadania; - Buscar sempre meios de qualificar seu trabalho como forma de promover qualidade de vida; - Responsabilidade; - Ser solidário e cooperativo; - Buscar alternativas frente a situações adversas; - Promover a cooperação;
BCT – Bases Científicas e Tecnológicas; HAB – Habilidades; AT/VAL – Atitudes e Valores.		

Quadro 7: Matriz que apresentou recursos cognitivos que se aproximavam do tema Participação Social.

Fonte: Planos de Cursos do Curso Técnico em Análises Clínicas.

A abordagem do processo saúde-doença apresentada na matriz curricular é bastante superficial. As bases científicas e tecnológicas (**BCT**) apresentadas são pontuais, não contextualizam a evolução das diversas concepções do processo saúde-doença desde a antiguidade até os dias atuais e não correlaciona o contexto sócio-histórico aos estilos de pensamento que delinearão os modelos de formação **Preventivista, Biomédico e Integral**.

As habilidades pretendidas nessa matriz não são capazes de agregar ou consolidar uma concepção holística e/ou integral necessária a implementação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

As bases “comunicação e educação em saúde” apresentadas na matriz só propiciam desenvolvimento de consciência sanitária e cidadã quando em sua abordagem são agregados temas como equidade, intersetorialidade, ações multi-estratégicas, participação social, empoderamento e sustentabilidade que, segundo a OMS, são princípios necessários à operacionalização das ações de promoção de saúde (SICOLI, NASCIMENTO, 2003).

A seguir, apresentaremos a segunda **competência**, que contém elementos relacionados à abordagem proposta por nossa pesquisa.

II. **Competência:** Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde. (ACRE, 2003a, p. 44).

Na sequência, o Quadro 8 mostrará os recursos cognitivos apresentados para o desenvolvimento da competência anterior:

Saberes (BCT)	Saber fazer (HAB)	Saber ser (AT/VAL)
<ul style="list-style-type: none"> - História da Reforma Sanitária; - Legislação trabalhista: normas que regulamentam as ações de trabalho; - Estrutura e funcionamento das unidades de serviço; - Organismos e entidades de classe; - A Gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde; - Mobilização de Grupos: conceitos, técnicas e ações; - Liderança: conceitos e processos de constituição de líderes; - Direitos Humanos e Cidadania. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer critérios para definir prioridades no plano de ação para a microárea de atuação em parceria com a comunidade; - Identificar as atividades inerentes a sua área de atuação; - Identificar Qualidades e falhas nas fases de trabalho e buscar alternativas de aprimoramento junto com a equipe; - Orientar a comunidade quanto às rotinas, fluxos e funcionamento das unidades e saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade na operação e manutenção dos recursos; - Iniciativa e criatividade; - Solidariedade; - Estabelecer relações pautadas em princípios éticos. - Ser prudente no processo de trabalho; - Ser dinâmico e pró-ativo; - Ser empreendedor - Recorrer à supervisão para a solução ou encaminhamento dos problemas identificado.
BCT – Bases Científicas e Tecnológicas; HAB – Habilidades; AT/VAL – Atitudes e Valores.		

Quadro 8: Matriz que apresentou recursos cognitivos que se aproximavam do tema Participação Social.

Fonte: Planos de Cursos do Curso Agente Comunitário de Saúde.

Observamos que essa segunda competência contempla a Participação Social à medida que trata do desenvolvimento da cidadania como objetivo central e das ações de promoção social como resultado desse processo.

Segundo Luchmam (2005), a educação sanitária é uma estratégia que viabiliza o reforço da ação comunitária por meio da conscientização de indivíduos para o exercício da cidadania.

As bases teóricas e as habilidades descritas na matriz para o desenvolvimento dessa competência são coerentes e atendem aos objetivos propostos. Nessa perspectiva, a educação é uma estratégia para que o indivíduo e a coletividade desenvolvam recursos cognitivos para manutenção de sua saúde (PEREIRA, A., 2003).

III. Competência: Desenvolver em equipe, ações de promoção à saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde. (ACRE, 2001, p.39).

Na sequência, o Quadro 9 mostrará os recursos cognitivos apresentados no Plano de Curso para o desenvolvimento da terceira competência :

Saberes (BCT)	Saber fazer (HAB)	Saber ser (AT/VAL)
<ul style="list-style-type: none"> - Risco Social: conceitos, condições socioeconômicas; - Programas de atenção básica à saúde; - Promoção da saúde: conceitos e estratégias; - Plano Estadual e Municipal de saúde; - Educação popular: conceitos e práticas populares de saúde; - Intersetorialidade: conceitos e dinâmica político-administrativa municipal; - Aspectos psicossociais nos diferentes ciclos de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a relação entre problemas de saúde e as condições de vida; - Participar de ações intersetoriais; - Articular-se com estruturas sociais (creches, asilos e outros); - Fornecer apoio necessário a ações de natureza social; - Mobilizar comunidades para participar de discussões acerca de problemas de saúde; - Realizar atividades educativas, considerando a cultura local; - Utilizar recursos de informação para estimular ações de saúde preventiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar e promover cidadania junto à comunidade; - Buscar sempre meios de qualificar seu trabalho como forma de prevenir doenças; - Responsabilidade; - Ser solidário e cooperativo; - Buscar alternativas frente a situações adversas; - Promover a cooperação; - Respeitar o modo de vida da comunidade e suas práticas de saúde.
BCT – Bases Científicas e Tecnológicas; HAB – Habilidades; AT/VAL – Atitudes e Valores.		

Quadro 9: A terceira matriz que apresentou recursos cognitivos que se aproximavam do tema Participação Social

Fonte: Planos de Cursos do Curso Agente Comunitário de Saúde

Observamos que na descrição da competência citada no Quadro 08 a expressão “controle da sociedade sobre o setor saúde” apresenta relação direta com o tema de nossa pesquisa. Entretanto, essa competência foi evidenciada apenas no Plano de Curso do Curso de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os temas que fazem menção ou se aproximavam da temática Participação Social estão basicamente restritos ao Módulo Básico dos Planos de Cursos analisados.

Observamos que essa matriz buscou ir além da concepção médico-curativa quando se propõe a abordar o tema **promoção em saúde: conceitos e as estratégias**, porém é evidente a falta de clareza da equipe de elaboração do documento (Plano de Curso) quanto às dimensões dessa abordagem, uma vez que os temas *risco social*, *educação popular* e *intersetorialidade* são apresentados dentro da matriz como bases alheias à abordagem da temática Promoção em Saúde.

Segundo Sícoli e Nascimento (2003), a promoção em saúde representa uma nova maneira de olhar e interpretar as necessidades de saúde, em que se pressupõe a concepção de sete princípios estabelecidos pela OMS para a operacionalização das ações de promoção em saúde: visão integral, equidade,

intersetorialidade, participação social, empoderamento, ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

4.2 As oficinas

A discussão que será apresentada a seguir é o resultado da análise dos dados levantados nas oficinas. A descrição e a discussão dos resultados das oficinas foi nomeada conforme as etapas da metodologia proposta por Bordenave (1994).

4.2.1 Primeira Oficina: Observação da realidade

Na primeira oficina compareceram 10 (dez) dos 11 (onze) profissionais da ETSUS/AC que foram convidados para participar do grupo de discussão. As áreas técnicas representadas nesses encontros foram: Área Técnica de Aprendizagem (Pedagógica), Área Técnica de Enfermagem, Área Técnica de Análise Clínica, Área Técnica de Radiologia e Área Técnica do Agente Comunitário de Saúde.

Para o acolhimento dos participantes, as cadeiras foram colocadas em um semicírculo. Já no primeiro momento os participantes demonstraram interesse e curiosidade sobre os temas que seriam abordados durante os encontros. Iniciei, então, a oficina dando as boas vindas e agradecendo a presença de todos os participantes. Na sequência, como dinâmica de apresentação, propus aos participantes que refletissem sobre sua vida profissional a partir das seguintes questionamentos:

- a) O que você realizou na sua vida profissional?
- b) O que você acha que foi importante nesta trajetória?

Os relatos oriundos dessa discussão me permitiram conhecer a trajetória profissional e motivação para o trabalho dos participantes desta pesquisa.

A seguir apresentaremos relatos que demonstram o posicionamento de um dos participantes quanto à importância do processo formativo para o estabelecimento de novas condutas e práticas na área de saúde:

Fiz pós-graduação em Gestão de Saúde Pública, abriu muito meu horizonte e juntamente com a minha vinda pra Escola, deu para perceber que não dá para trabalhar na Atenção Básica e na Gestão, sem ter o suporte da Educação em saúde, pois a formação é o eixo principal, primordial para as transformações necessárias e para o fortalecimento do atendimento da população (C03/1ª Oficina).

Ceccim (2004) demonstra coerência quando diz que, para que ocorram mudanças de práticas significativas tanto da gestão quanto da atenção à saúde, é imprescindível que seja redimensionada a relevância das práticas educacionais para a formação de profissionais para a área de saúde.

Na sequência, um dos participantes falou sobre um dos fatores que o motiva a atuar na área da educação:

Minha motivação está em conseguir transformar pessoas, tentar modificar e ser modificada (C10/1ª Oficina).

Esse relato revela a abertura e a disponibilidade do educador em estabelecer com seus educandos a troca de experiência e, assim, a construção de um novo conhecimento. Esse discurso apresenta ligação direta com os conceitos filosóficos da Metodologia Problematizadora adotada pela instituição.

Posteriormente, um dos participantes faz um relato sobre as frustrações e as dificuldades vivenciadas no cotidiano de sua prática educativa.

Nossas propostas são fundamentadas, teorizadas, mas quando vai para prática encontramos os gargalos (C06/1ª Oficina).

Essa fala retrata as dificuldades vivenciadas pelos educadores em executar a proposta pedagógica idealizada pela instituição a partir da abordagem construtivista preconizada para a adequada execução do **Currículo por Competência**.

Para Ceccim (2004), a inquietação diante de uma contradição é uma das condições indispensável para impulsionar um processo de mudança, pois essa reflexão sinaliza que a maneira vigente de se pensar ou fazer é insuficiente para dar conta dos obstáculos e dificuldades vivenciados no cotidiano da prática formativa.

Observei que cinco dos nove participantes de nossa oficina mencionaram o processo formativo como ponto chave para a humanização da assistência e reorientação do modelo de atenção à saúde.

A seguir, apresentamos tais relatos:

Eu acredito que educação é a chave para a mudança, principalmente para questão da humanização na saúde [...] (C08 /1ª Oficina).

[...] percebi que o perfil profissional da nossa área precisa ser revisto. Vejo-me, na oportunidade de contribuir para construção de um perfil de um profissional mais humanizado, principalmente com relação a valores e atitudes. (C02 /1ª Oficina).

Ao me formar fui trabalhar na educação profissional, e assim, tentar transformar atitudes, tentar mostrar como fazer, e isso é bom porque ao trabalharmos na educação e no PSF (Programa Saúde da Família) podemos perceber, a mudanças dos profissionais lá no serviço, através de um atendimento mais humanizado. (C09 /1ª Oficina).

Diante de tal evidência, buscamos confrontar o discurso dos participantes com o marco teórico-político da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH). Pudemos, assim, constatar que a política apresenta a humanização da assistência como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2004). Sendo, portanto, correto afirmar que o processo formativo, quando significativo, agregará novos sentidos e delineará a conduta do profissional no serviço.

Identificamos, ainda, que as diretrizes para implantação da PNH pressupõem a ampliação do diálogo entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade por meio de ações que viabilizem e fomentem o processo de participação ativa dos trabalhadores da saúde nos colegiados de gestão, no planejamento e na tomada de decisão (BRASIL, 2004). Diante dessa afirmativa é perceptível que o tema Participação Social apresenta-se intrinsecamente ligado ao processo de humanização da assistência a saúde.

Segundo a PNH, os valores para o desenvolvimento de competências para uma assistência à saúde mais humanizada são: autonomia, protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade e estabelecimento de vínculos solidários. Destacamos que esses também são valores correlatos ao desenvolvimento de competência para tomadas de decisões. Existindo, assim, uma conexão indissociável e de mútua dependência entre a Participação Social e o processo de humanização e melhoria da qualidade da assistência à saúde (BRASIL, 2004).

Após a dinâmica de apresentação, fiz a apresentação sucinta do projeto da pesquisa, a leitura e a assinatura do “Termo de consentimento livre e esclarecido”,

conforme as orientações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL,1996)..

Para dar início as atividades, convidei o grupo de participantes para assistir a um vídeo. O vídeo escolhido para este momento, trazia imagens marcantes de injustiças, sofrimento e de fundo a música “Eu só peço a Deus” na voz de Mercedes de Sosa e Beht Carvalho e letra de Daniel Torres, cujo refrão traz a seguinte reflexão: *eu só peço a Deus, que a dor, a injustiça, a guerra e o futuro não me sejam indiferentes.*

A Figura 7 representa uma das imagens utilizadas no vídeo para retratar toda a segregação e a miséria para a qual muitas vezes fechamos os olhos para não ver.



Figura 7: Vídeo da música “Eu só peço a Deus”
Fonte: Disponível em (videolog.uol.com.br)

O vídeo termina com a declamação de uma mensagem de Mahatma Gandhi (1984) que dizia:

Se eu pudesse deixar algum presente a vocês, deixaria o acesso ao sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito aquilo que é indispensável. Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação. ‘E, quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a força para encontrar a saída’.

Ao terminar a apresentação, houve um grande silêncio de início, apenas alguns suspiros. Pude então notar que os participantes estavam extremamente emocionados, alguns com os olhos cheios de lágrimas.

Então, um dos participantes rompe o silêncio e faz a seguinte reflexão:

Cada um de nós pode pensar, eu faço o quê? Será que eu também não tô ficando indiferente! Porque o que faço é ação? Eu sei, que posso fazer a diferença, mas eu faço? E por eu não faço? (C06/1ª Oficina).

Outro participante complementa dizendo:

Achei muito importante porque é bom que a gente veja quanto isso é forte/chocante. Faz a gente acordar, nós somos co-participantes desse processo, pois contribuimos para que essa situação continue assim [...] (C06 /1ª Oficina).

A inquietação gerada no grupo favoreceu o debate e sensibilizou os participantes a avaliarem seu papel como educadores, cidadãos e como agentes transformadores dessa realidade. Segundo Teixeira (2001), a reflexão diante das contradições e iniquidades sociais poderá levar o sujeito a vislumbrar outras formas de convivência e sociabilidade, impulsionando um movimento de mudanças rumo a uma sociedade mais solidária e participativa.

Um dos relatos traz a educação para o centro de nossa discussão, deixando implícito que algumas vezes a educação tradicional pode minimizar a capacidade do profissional de se sensibilizar com a dor e o sofrimento do usuário do serviço de saúde:

[...] ensinam pra gente na faculdade assim, você tem que se acostumar a isso! A dor e sofrimento, né? E aí a gente, tem que se acostumar mesmo aos procedimentos e técnicas, a não estranhar quando uma pessoa tá vomitando ou sentindo dor. Mais isso é uma cilada! Pois, se trata da dor do outro, a gente acaba se petrificando (C01/1ª Oficina).

A formação acadêmica tradicional de nível superior acumulou uma tradição na **transmissão de conteúdo** focado nos aspectos biológicos e na negação dos aspectos sociais. Nessa perspectiva, o corpo é fragmentado em múltiplas especialidades, propiciando uma visão parcial do sujeito, tornando esse profissional indiferente aos determinantes sociais do processo de adoecimento (CAMPOS et al, 2006).

A inconformidade do participante com o legado da educação tradicional é uma atitude positiva, ou seja, seu estranhamento diante dessa realidade é um estímulo positivo para que se busque alternativas para agir e transformar essa realidade.

Em seguida, solicitei aos participantes que individualmente respondessem por escrito dois questionamentos:

1º Questionamento: Dentre as atividades desenvolvidas pela natureza de seu trabalho, como você contribuir para potencializar o desenvolvimento de uma sociedade mais participativa?

Um dos relatos revela que o educador (sujeito de nossa pesquisa) consegue dimensionar os propósitos de uma abordagem construtivista, para o desenvolvimento de um processo formativo que habilite o indivíduo a participar ativamente na definição e fiscalização de políticas de saúde.

Este educador diz que:

Na mediação, trabalho, temas e estratégias que conduzem o educando a **ser co-responsável** no seu processo de aprendizagem. Busco em todas as bases científico-tecnológicas levar o educando a **refletir** sobre a importância do outro, o direito constitucional de cada cidadão em acompanhar, sugerir, fiscalizar o processo de trabalho em saúde (C01/1ª Oficina).

A co-responsabilidade no processo de aprendizagem permite uma maior liberdade, interação e satisfação, fazendo o educando sentir-se protagonista do processo. Segundo Bordenave (1994), fazer ou tomar parte de um processo representa um nível maior de participação. É também uma estratégia que emancipa e dá autonomia ao sujeito no constante processo de tomada de decisões.

Para Paulo Freire (1987, p. 78) “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”, de modo que a reflexão diante da realidade é o caminho natural para a superação das dificuldades evidenciadas em sua prática. Esse exercício faz com que o profissional se sinta sujeito ativo e co-responsável pelo processo de mudança.

Na sequência, um dos participantes diz que contribui para a formação de uma sociedade mais participativa quando:

[...] envolvo os educandos nos processos de planejamento das atividades identificando as dificuldades e falhas nos serviços propondo melhorias nos processos de trabalho [...] (C05/1ª Oficina).

Segundo Bordenave (1994), a construção de uma sociedade participativa pressupõe a intervenção dos indivíduos em atividades organizadas de pessoas ou grupos, que tem como objetivo identificar, expressar necessidades e defender interesses comuns para, assim, buscar modificar a realidade.

2º questionamento: O que é Participação Social?

A seguir apresentaremos os relatos dos participantes sobre o que seria Participação Social:

Participação social é saber agir de forma adequada mediante algumas situações, conhecer seus direitos e deveres (C04/1ª Oficina).

A definição do conceito de Participação Social apresentada pelo participante é pontual, pois não correlaciona o conjunto de elementos cognitivos necessário a uma postura crítico-reflexiva da realidade, necessária ao pleno exercício da tomada de decisões e ao pleno desenvolvimento de uma consciência sanitária.

Segundo Wendhausen e Saupe (2007), a partir da publicação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990, que legitima o direito dos cidadãos de participar na definição de políticas públicas, o desafio ora posto é o de garantir que essa diretriz (o direito) não se torne letra morta, para tal fim torna-se necessário o reforço da ação comunitária através de ações educativas que levem ao desenvolvimento de uma sociedade mais participativa.

É a participação de vários "atores" em uma única ação (C03/1ª Oficina).

Segundo Bordenave (1994), o exercício da Participação Social pressupõe atividades organizadas de pessoas ou grupos que têm por objetivo a defesa de interesses comuns. Dentro dessa lógica na área de saúde, a compreensão das dimensões do processo histórico que deu origem ao SUS fundamenta a ação participativa consciente.

Embora tenhamos notado que a maioria de nossos participantes demonstrou certa insegurança e dificuldade em conceituar o termo Participação Social, o relato apresentado a seguir contempla as dimensões dessa abordagem.

É uma diretriz do SUS, garantida na constituição de 88, sinônimo de **Controle Social** é também a oportunidade e/ou possibilidade que o cidadão tem de acompanhar e fiscalizar as ações de gestores e trabalhadores de saúde, além de contribuir para defini-las (C01/1ª Oficina).

Esse relato traz vários elementos que demonstram que a participante tem clareza das dimensões conceituais, legais e metodológicas do tema por nós abordado. Porém, a participação social como diretriz do SUS, garantida pela Constituição de 88, representa apenas a dimensão legal, mas não garante sua aplicabilidade.

Segundo Wendhausen (2002), em seu livro “O duplo sentido do controle social”, em um passado ainda recente, a expressão Controle Social foi utilizada para expressar o controle do Estado sobre o cidadão. O dualismo dessa expressão ainda se faz presente quando nos deparamos com a realidade da maioria dos conselhos de saúde que são estruturados apenas para cumprir as formalidades legais necessárias à liberação de recursos. Além disso, o aspecto focado em relação à participação restringe-se basicamente à sua dimensão de “controle social”, ou seja, de *accountability*. Segundo Teixeira (2001), o controle social apresenta duas dimensões: a primeira refere-se à *accountability*, que está relacionada à fiscalização e à prestação de contas da gestão; e a segunda, relacionada ao desdobramento da primeira quanto à necessidade de se responsabilizar os agentes públicos pelos atos praticados. Já a participação social pressupõe ações que vão além do acompanhamento, fiscalização e prestação de contas.

O terceiro questionamento partiu da necessidade de sabermos como os participantes avaliavam o desempenho da escola para a formação de sujeitos participativos.

3º Questionamento: Nossa escola como instância do SUS está cumprindo com seu papel de formar profissionais aptos a participar dos processos decisórios e na definição de políticas públicas?

Em relação ao papel da escola em formar sujeitos participativos, os participantes acreditam que sim, mas vislumbram alguns ajustes que devem ser feitos:

Eu acredito que sim! Não só, acredito como tenho certeza né? Eu acho que todas as atividades trabalhadas aqui na escola, principalmente relacionado a valores e atitudes, são fundamentais né? Tem pessoas que sabem muito fazer, tem muito conhecimento mais não tem nenhum valor, não tem nenhuma atitude empregada ao trabalho (C02/1ª Oficina).

Na sequência, um dos participantes afirma que há necessidade de se fazer ajustes para que de fato a instituição venha a cumprir seu papel.

Necessitamos fazer alguns ajustes! A gente precisa dar conta! A gente precisa melhorar e recuperar o fazer pedagógico a gente precisa criar alternativas, outras ferramentas que dêem conta né? Não sei se a gente não esta contextualizando bem, a gente sabe onde têm os pontos vagos, a gente precisa se fortalece [...] (C06/1ª Oficina).

O participante demonstra sua preocupação com o aprimoramento dos processos pedagógicos, deixando claro que a equipe tem dificuldade de contextualizar o fazer pedagógico para o pleno desenvolvimento de práticas que fortaleçam a ação participativa.

Assim, fica explícita a necessidade desse corpo técnico de buscar alternativas para aprimoramento de sua prática educativa. Segundo Ceccim (2005), a Educação Permanente em saúde apresenta-se como uma estratégia fundamental para o fortalecimento do cotidiano do trabalho e das práticas formativas, através da atualização das práticas, aportes teóricos e metodológicos construídos em espaços coletivos de discussão e da análise da realidade concreta.

Demonstrando certa inconformidade com a alienação vivenciada nos dias atuais um dos participantes faz a seguinte reflexão:

A democracia que temos **é uma democracia que silencia** meu Deus! Eu me vejo diante dos meus educandos e fico me perguntando o que fazer? Porque vai ser preciso fazer algo para dar uma sacudida nessas pessoas (C01/1ª Oficina).

Para Demo (1999, p. 55), o fator cultural “*é um produto tipicamente humano e social, no sentido da ativação das potencialidades e da criatividade de cada sociedade*”. O processo formativo durante um logo período foi utilizado como forma de alienação. Hoje, o grande desafio da educação é buscar superar o modelo tradicional bancário e transcender a um modelo de formação libertador, dando assim, um novo significado aos processos formativos.

Então tem uma palavra chave pra mim, na participação Social que é **co-responsabilidade** a partir do momento que eu que eu participo eu sou co-responsável então, se não der certo meu bem eu não tenho que apontar não, eu tava lá, eu tava junto meu bem! Isso vale para nós e para nós e para nossos educandos, aqui mesmo dentro da escola nós vivemos isso quando não participamos da construção de nossa proposta pedagógica, lá fora na sociedade nós ficamos calados! (C01/1ª Oficina).

O relato do participante é muito pertinente, pois na construção de agendas sociais dentro da proposta de uma gestão participativa, a co-responsabilidade dos autores sociais é de fundamental importância. Isso significa dizer que o desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde, dentro da proposta do SUS, deverão ser produzidas socialmente oferecendo, assim, respostas às necessidades geradas pela comunidade (BRASIL,2002).

4.2.2 **Segunda Oficina:** complementação, observação da realidade e levantamento de pontos-chave

A segunda oficina foi realizada após ampla negociação com os participantes de nossa pesquisa e coordenação da Área de Aprendizagem da ETSUS – AC. Houve certa dificuldade para conciliarmos a data desse segundo encontro, devido ao grande número de demandas em andamento na instituição. Compareceram a essa oficina 09 (nove) dos 11 (onze) profissionais convidados para participar dessa pesquisa.

O objetivo desse segundo encontro foi complementar as informações colhidas na 1ª oficina e fazer o **levantamento dos pontos-chave** que permeiam ou condicionam o fenômeno estudado por nossa pesquisa.

Iniciei o encontro realizando uma dinâmica de integração. Para tal fim, foi entregue aos participantes uma folha contendo a figura de um boneco e dessa figura saíam três globos. Para o preenchimento desses espaços foram dadas as seguintes orientações:

- a) no globo saindo da boca - coloque uma frase que represente seu lema de vida;
- b) no globo saindo do coração - escreva 3 valores;
- c) no globo saindo da mão - escreva uma meta que você deseja alcançar.

Na apresentação dos resultados dessa dinâmica, dos 9 (nove) participantes ,4 (quatro) fizeram menção à **religião** quando apresentaram seu lema de vida:

Respeitar os ensinamentos do senhor, junto com a minha família e ser feliz, “o senhor e o céu da minha vida” porque respeitando a ele, respeito tanto aos outros como a si mesmo (C10/2ª Oficina).

Essa evidencia apresenta-se como algo relevante, pois nos permitiu conhecer sob que ponto de vista está fundamentado os valores e as atitudes do grupo.

Segundo Fonseca, Egry e Bertolozzi (2006), a religião é uma das mais antigas formas de “consciência social”. Esta é historicamente determinada e se encontra em constante mutação, apresentando direta relação com os interesses com a de interesses comuns entre as classes. A religião se apresenta como fenômeno social que estabelece um conjunto de normas de condutas que são pautadas a partir de concepções filosóficas, dogmáticas e culturais.

Primeira atividade da oficina

Para mediar o processo de discussão, apresentei ao grupo dois questionamentos. Para conhecer a visão de quem elabora os Planos de Cursos e o olhar de quem executa esses planos, dividimos os participantes em dois grupos: um de “mediadores” e outro de “coordenadores”.

A forma de apresentação dos resultados foi definida pelo grupo. Para tanto, foram colocados à disposição vários recursos, dentre eles cartolinas, revistas, *data-show* e brinquedos.

Na sequência apresentaremos os relatos dos grupos ao primeiro questionamento.

1º questionamento: Como se concretiza a Participação Social na área de saúde?

a) Grupo e Coordenadores

Diante desse questionamento, o grupo apresentou quatro tópicos, que para eles concretizam ações de Participação Social na área de saúde, ilustrados a seguir através da Figura 8.

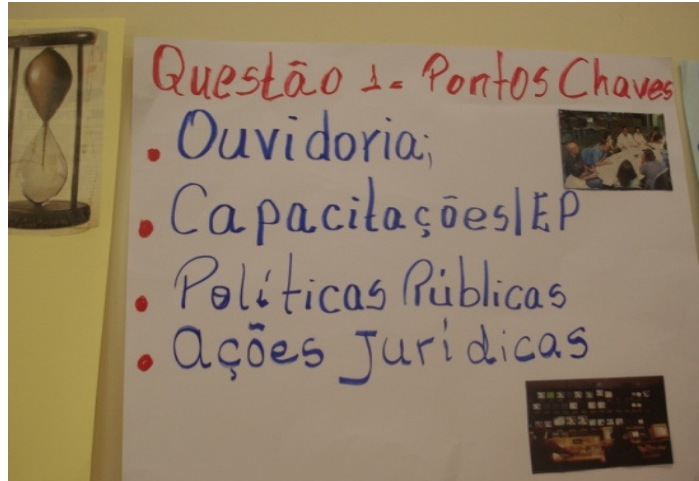


Figura 8: Como se concretiza a Participação Social

Demonstrando certa insegurança, um dos participantes do grupo inicia a apresentação fazendo uma breve explanação sobre o primeiro tópico:

I. Ouvidoria

[...] sabe aquele programa do Ministério da Saúde, que estão sendo implantado em todos os hospitais do Brasil que é a “Ouvidoria”, vocês já viram umas caixinhas que tem nas clínicas? Onde o usuário deposita alguma reclamação, alguma sugestão, então é uma forma de participação social (C04 /2ª Oficina).

A ouvidoria, como dispositivo de gestão participativa de Políticas Públicas, tem como objetivo criar um espaço de comunicação e diálogo dentro de um processo de Estado democrático que busca, a partir desse instrumento, legitimar o direito do cidadão de participar do processo de gestão, o qual, para ser pleno, precisa de uma prática intensiva de cidadania (BRASIL, 2007a).

As capacitações, como processo de Educação Permanente, são apresentadas pelo grupo como de forma de participação:

II. Capacitações / Educação Permanente

Eu acho que as capacitações é uma forma de pegar essas pessoas e dizer, olha existe outro caminho pra trabalhar, sim! né? assim, todo mundo vai poder ter, a partir dessa experiência uma nova forma de agir no trabalho (C02 /2ª Oficina).

Colaborando com a fala do grupo, Ceccim (2005) diz que a Educação Permanente em sua concepção metodológica tem como propósito a construção de

espaços coletivos de discussão, avaliação e atualização do cotidiano de suas práticas. Dentro dessa perspectiva, as capacitações, como processo de Educação Permanente, concretizam em sua prática ações participativas que tem como fim o aprimoramento de práticas. Para que esse processo formativo alcance os objetivos a que se propõem, deve promover a articulação e diálogo entre os seguimentos formação em saúde (educação), atenção em saúde (serviço) e gestão (administração do serviço).

III. Políticas Públicas

A explicação dada pelo grupo a esse tópico foi:

É a partir da conscientização e compreensão da Participação Social, nascem as Políticas Públicas, que atenderá determinado segmento. Então é uma seqüência essas ações não acontecem de forma isolada (C06 /2ª Oficina).

Para Teixeira (2001), o processo reivindicatório expressa as aspirações e as necessidades de um coletivo. Esse movimento leva à construção de espaços políticos de negociação, de defesa e de definição de políticas públicas que atendam a seus interesses.

O fortalecimento da ação comunitária apresenta-se como uma estratégia capaz de promover um processo de conscientização que fundamenta a mudança de atitude pretendida a partir do empoderamento social.

a) Grupo de mediadores

Para apresentar o resultado do processo de discussão do grupo sobre o tema Participação Social os participantes prepararam uma pequena dramatização e utilizaram vários brinquedos.

O grupo inicia sua apresentação dizendo:

[...] nós não sabemos responder dentro dessa pergunta quais são as ações concretas de Participação Social, pois nos não conhecemos o trabalho dos conselhos, deixaremos a desejar nesse sentido né? (C01 /2ª Oficina).

Na sequência, a relatora do grupo diz:

[...] na saúde o grande espaço de concretização da participação social são os conselhos de saúde, têm também as Associações de bairro né? Os conselhos locais Estaduais e Nacionais. E como grandes fóruns de discussão são as Conferências de saúde esses são os espaços oficiais legalmente definidos de participação social (C01 /2ª Oficina).

Muito embora o grupo tenha verbalizado não conhecer as atividades desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde e por esse motivo não saberiam responder quais as ações concretas de Participação Social, os participantes da pesquisa nomeiam e correlacionam as diversas instâncias de Participação Social da área de saúde .

Outro ponto que nos chama atenção é a ênfase do grupo na participação institucionalizada, ou seja, o espaço dos conselhos e conferências, embora anteriormente tenha se referido a outras formas de participação. Esse é um dos aspectos que, depois da Reforma Sanitária, acabou ficando tão marcado, a ponto de corrermos o risco de confinar a participação aos espaços institucionalizados.

Na seqüência, para demonstrar a percepção do grupo sobre como são estruturados os espaços institucionalizados de Participação Social, o grupo realizou uma pequena **dramatização**, utilizando diversos brinquedos.

Assim, segurando uma peça de um quebra-cabeça, um dos integrantes do grupo inicia a apresentação. Ao colocar a peça sobre a mesa, ele faz o seguinte relato:

Esses brinquedinhos vão ilustrar nossa percepção, apesar de não conhecermos ao fundo os conselhos de saúde imaginamos que é uma estrutura construída a partir de várias peças (C08/2ª Oficina).

Logo em seguida, outro integrante do grupo encaixa outra peça sobre a primeira e diz:

Que vão se encaixando uma sobre as outras. Essas peças nem sempre se encaixam perfeitamente (C07/2ª Oficina).

O terceiro integrante encaixa uma peça de menor tamanho sobre as demais e a estrutura fica torta, e diz:

De alguma forma essas peças (diferentes) também fazem parte desse espaço, são como as diversas formas de pensamento ou interesses existente assim, de uma forma meio atrapalhada e com muita dificuldades se constitui os espaços de Participação Social né? Seria a questão da falta de governabilidade que faz com as pessoas juntem-se na tentativa de formar idéias para que sejam concretizadas (C08 /2ª Oficina).

O conjunto de relatos apresentados expressa, com muita clareza, a percepção do grupo sobre os conselhos como espaços estruturados a partir de diversos atores, que buscam defender ideais por meio do amplo debate em um espaço onde conflui uma diversidade enorme de interesses.

A concepção do grupo sobre os conselhos retrata uma aproximação com o conceito de participação orientada para a decisão, que ultrapassa a tomada de iniciativa individual e se caracteriza pela ação coletiva de diversos autores (TEIXEIRA,2001).

Em seguida, outro participante com uma pequena navalha de brinquedo separa as peças e diz:

[...] apesar desse conjunto de propostas e de idéias, algumas vezes acontece delas serem cortado, por conta dos conselhos não terem assim, é autonomia suficiente né? (C07 /2ª Oficina).

De fato, para Tatagiba (2003) apud Luchmann (2005), embora se observem algumas conquistas mais pontuais de maneira geral, os conselhos apresentam uma capacidade propositiva, executando um reduzido poder de influência no processo de definição das políticas públicas. Segundo Wendhausen (2002), um dos critérios para avaliar o adequado funcionamento de um conselho é que este tenha autonomia financeira e administrativa, sendo essa uma condição fundamental para que o trabalho desenvolvido pelo conselho não se confunda com os interesses das secretarias de saúde.

Na continuação, um dos participantes, segurando um boneco, diz:

Esse nosso boneco aqui, representa ou quer dizer que o nós somos ainda uma criança dentro desse processo, ainda estamos crescendo! ainda estamos engatinhando em matéria de **Controle Social**, apesar da lei já ter sido criada há 19 anos, a gente ainda está bem criança é um processo, mais a gente tá caminhando nesse processo (C08 /2ª Oficina).

A Figura 9 representa o conjunto de concepções e sentidos que o grupo sistematizou para dar resposta ao questionamento, de como se concretiza os espaços de participação social na área de saúde.



Figura 9: Dramatização de como se concretiza a Participação Social

Para Wendhausen (2002), embora a participação social seja uma conquista prevista em lei, sua implementação é um processo permanente de construção que vem apresentando avanços e retrocessos desde sua legitimação pela Lei 8142/90. Nessa perspectiva, deve-se levar em conta o conjunto de interesses que se contrapõem a consolidação dessas práticas.

Segundo Pateman (1992) apud Luchmann (2005), o ato de participar por si só é educativo; o exercício de participar propicia a ruptura do ciclo de subordinação e injustiça social. Segundo essa autora, é importante ressaltar alguns fatores relevantes para a implementação e para a sustentação de práticas participativas, dentre estas estão o empenho/motivação, a vontade/interesses e o compromisso político-governamental, grau de organização e a articulação da sociedade.

Na sequência, apresentaremos os relatos dos grupos ao segundo questionamento.

2º Questionamento: Quais as estratégias utilizadas para abordagem do tema Participação Social?

a) Grupo de mediadores

Em resposta a esse questionamento, o grupo formado por mediadores de aprendizagem elaborou um cartaz, com quatro tópicos: a) despertar consciência crítica, b) estratégias que deem significado para o contexto, c) sujeitos ativos e d) mecanismo de informações. Observe a Figura 10 a seguir.

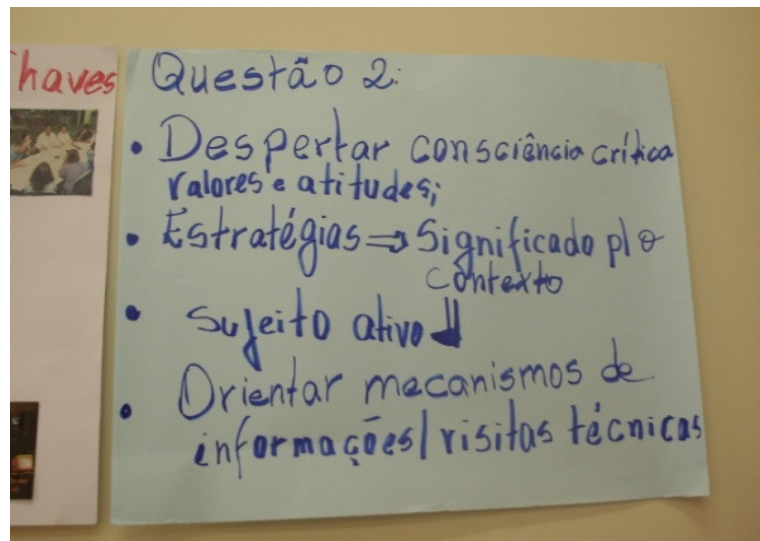


Figura 10: Como a Participação Social se expressa na atividade didática

Em seguida, uma das participantes ressalta a importância do primeiro tópico.

[...] nossa proposta é o currículo por competência e a gente trabalha o conhecimento a partir de habilidade, mais o como fazer, como buscar. Será que nós estamos desenvolvendo ou despertando essa **consciência crítica**? A atitude, os valores ainda são ferramentas novas aqui na escola (C06 /2ª Oficina) (grifo nosso).

Mais uma vez o grupo expressa a dificuldade em executar o “Currículo por Competência” e as metodologias ativas adotadas pela instituição, situação esta que fragiliza e compromete o processo formativo.

Perguntamos quais as estratégias que o grupo utiliza para alcançar o objetivo de desenvolver a consciência crítica em seus educandos?

Apontando para o tópico Estratégias, um dos participantes diz:

[...] para formamos **sujeitos ativos** eles devem se sentir realmente sujeito participativo e tenha essa autonomia e compreenda que essa política é necessária nesse contexto e não no outro (C06 /2ª Oficina)

O modelo de formação adotado pela instituição é fundamentado em uma matriz construtivista, cujo processo formativo traz o educando para o centro da discussão fazendo esse ser co-responsável pelo processo de aprendizagem. Essa metodologia, em síntese, já favorece a formação de sujeitos críticos e participativos.

O grande gargalo apresentado para a efetiva execução desta proposta metodológica reside na falta clareza e no desconhecimento da equipe técnica (coordenadores de área técnica e aprendizagem e mediadores) das dimensões filosóficas e metodológicas do Currículo por competência.

Questionei o grupo sobre o último tópico do cartaz “**orientar mecanismos de informações/vistas técnicas**” e solicitei que explicassem como tema Participação Social e trabalho dentro dessas visitas técnicas:

Bem, na experiência que nós tivemos no Agente Comunitário de Saúde – ACS é que na dispersão houve momento que eles visitaram o conselho de saúde aqui do município né? Pra que eles conhecessem, soubessem mais ou menos como que é a dinâmica do serviço né? (C06 /2ª Oficina).

Dentro da aprendizagem por competência, o desenvolvimento de habilidades requeridas para tomadas de decisões pressupõe a articulação no processo formativo da realidade objetiva. Para tal fim, faz-se necessária a utilização de metodologias ativas problematizadoras viabilizando, assim, uma aproximação com o universo do tema abordado (BERBEL, 1998 e PERRENOUD, 1999).

A utilização dessa estratégia oportuniza ao educando conhecer as atribuições legais e específicas dos conselhos e, assim, dimensionar as muitas conquistas sociais alcançadas por meio da atuação desses órgãos colegiados de gestão participativa.

Ressaltamos que apenas um dos participantes relatou ter tido a experiência de realizar uma atividade que propiciasse ao educando conhecer a realidade de uma das instâncias de participação social.

Durante a mediação procuramos debater sobre a participação dos educandos no ambiente social, tentamos sensibilizá-los quando a importância de uma sociedade que luta e **busca por seus direitos** (C04/1ª Oficina).

Baquero (2005), em seu artigo “Educação, Capital social - buscando pontos de convergência”, faz a seguinte reflexão: a formação da cidadania pressupõe a criação de espaços educativos em que os educandos sejam capazes de pensar,

questionar, assumir um posicionamento e submeter-se à crítica. O relato do participante apresenta pontos de convergência que favorecem o desenvolvimento de uma formação para o exercício pleno da cidadania.

Solicitamos ao grupo que exemplificasse as estratégias utilizadas para o desenvolvimento da competência para a tomada de decisões.

[...] através de pesquisas, palestra, entrevistas enfim, são estas as estratégias que utilizamos durante o processo formativo (C06/2ª Oficina).

Segundo Berbel (1998), a abordagem da participação social sugere um estudo mais atento, mais criterioso, mais crítico e mais abrangente do problema. Assim, entendemos que as estratégias apresentadas pelos mediadores e coordenadores não contemplam uma abordagem problematizadora, pois não viabiliza ao educando desenvolver competência para propor intervenções na realidade. Ao longo das colocações do grupo, observamos a falta de clareza sobre as formas práticas de exercitar com os alunos a participação. Normalmente colocavam idéias gerais, não conseguiam explicitá-las.

Segundo Marx, somente as idéias não transformam o mundo, a ideia é materializada quando deflagra uma ação, sendo então essa ação a força motriz que viabilizará o processo de transformação (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZ, 2008).

Posteriormente, um dos participantes cita a metodologia por projetos como uma das estratégias para se trabalhar o tema Participação Social.

[...] nós trabalhamos os projetos, que é uma atividade que dá uma oportunidade do educando pesquisar (C06/2ª Oficina).

A metodologia por projeto citada pelo participante é uma metodologia ativa que oportuniza não só a pesquisa, mas a reflexão e a elaboração de uma síntese propositiva de intervenção na realidade.

Após um amplo debate e discussão sobre as estratégias utilizadas pelo grupo de profissionais da ETSUS/AC para a formação de sujeitos mais participativos, concluímos que os profissionais apresentaram dificuldades em relatar as estratégias utilizadas para consolidar as competências necessárias para tomada de decisões é desenvolvimento de uma consciência crítica, reflexiva e cidadã

Na sequência apresentaremos os relatos dos grupos ao terceiro questionamentos.

3ª questionamento: Como se expressa Participação Social nas atividades didáticas desenvolvidas na sala de aula, dispersão e no estágio?

Após um breve silêncio e muitas trocas de olhares entre os participantes, dois integrantes do grupo fizeram o seguinte relato:

[...] na experiência que nós tivemos no Agente Comunitário de Saúde ACS em relação aos conselhos, na dispersão houve momento que eles visitaram o conselho de saúde aqui do município né? Pra que eles conhecessem e soubessem mais ou menos como que é a dinâmica do serviço né? (C11 /2ª Oficina).

na atenção primária o que a gente propõe é que o educando identifique né? se tem uma associação de um bairro na comunidade, se não têm e porque não tem pra ele conhecer um pouco essa realidade (C08 /2ª Oficina).

Observamos certa dificuldade dos participantes em relatar suas experiências práticas com tema abordado por nossa pesquisa, com exceção do relato de dois participantes sobre a experiência vivenciada no curso de ACS, demonstrando ter desenvolvido práticas que oportunizaram ao educando uma aproximação com os espaços de Participação Social institucionalizados e os não institucionalizados. Instigamos o grupo mais uma vez e perguntamos: Vocês acham que nós estamos no caminho certo?

Diante do questionamento, um dos participantes faz o seguinte relato:

Bem, eu acho, que só falta melhorar um pouco nossos currículos, não é que nós não fazemos, mais a gente ainda está em ensaiado, pra nós, não é muito claro, o que seria a Participação Social. Mas que a gente tá começando a trabalhar isso, eu acredito que o conhecimento científico é o mais fácil de ser repassado, quando comparados com as questões referentes a "atitudes e valores", que muito é trabalhado nessa escola e motivar o aluno a participar (C011/2ª Oficina).

Muito embora o currículo adotado pela instituição tenha como um de seus pilares para a consolidação de competência o desenvolvimento de valores e atitudes que favoreçam a formação de sujeitos críticos e reflexivos, nossos educadores, em seus relatos, admitem ter dificuldades para trabalhar em plenitude essa abordagem integradora e construtivista, tão bem desenhada dentro dos documentos por nós analisados.

Não é de causar estranhamento a fala de nosso participante quando expõe que o grupo tem dificuldade de entender o que viria a ser Participação Social, pois,

segundo Luchmann (2005), a discussão em torno do conceito de participação social é ampla e complexa devido à generalidade, à diversidade e à amplitude de sentidos que são conferidas a esse termo, tornando-se cada vez mais necessário destacar a relação direta existente entre o fortalecimento da ação comunitária e a consolidação de práticas democráticas.

Segunda atividade da oficina

No segundo momento do encontro, para o desenvolvimento da atividade, os participantes foram divididos de forma aleatória em três grupos. Para mediar o processo de discussão foi apresentado o questionamento a seguir:

1º questionamento: Desde a construção dos Planos de Cursos, produção de materiais didáticos até a execução de práticas formativas, quais são os fatores que limitaram e os que facilitam a abordagem da temática Participação Social?

Os grupos utilizaram tarjetas de cartolina para socializar os resultados do processo de discussão. O conjunto de fatores que emergiram desse processo será apresentado no Quadro 10.

Fatores que facilitam	Fatores que dificultam
-A humanização; -Currículo por competência; -Metodologia problematizadora; -Capacitações e oficinas; -Integração ensino-serviço; -Escola como espaços democráticos; -Ter consciência dos direitos e deveres; -Autonomia.	-Falta de clareza do Currículo por competência; -Falta de compreensão da metodologia; -Currículos deficientes; -Falta de participação dos mediadores na construção dos currículos; -Egoísmo, acomodação, individualismo e o capitalismo; -Falta de sensibilidade e autônoma.

Quadro 10: Fatores que facilitam e dificultam a inserção da Participação Social
 Fonte: Dados colhidos na oficina.

a) Fatores que facilitam

Os relatos a seguir retratam a percepção dos participantes da pesquisa sobre os fatores que facilitam a abordagem da temática Participação Social dentro dos currículos da ETSUS/AC.

A **humanização** foi citada como um dos fatores que facilitam a abordagem do tema Participação Social dentro dos processos formativos da escola.

[...] acredito que a humanização do profissional, com certeza mudará a forma de participação social. (C02/2ª Oficina).

[...] trabalho há 04 anos na área, e uma das coisas que me inquietam muito é a forma como fazer, é dar maior visibilidade aos nossos processos educativos de uma forma mais humanizada que venha contempla as diferentes dimensões da área de saúde, precisamos de maior concreticidade em nossos processos formativos (C06/2ª Oficina).

O relato dos participantes traz a humanização como um fator necessário à adoção de novas práticas e condutas de caráter participativo. A humanização se apresenta dentro desse contexto como ferramenta capaz de viabilizar o estabelecimento de relações simétricas, democráticas e solidárias.

A **Metodologia Problematicadora** adotada pela instituição, segundo os participantes, é um fator que facilita na medida em que estimula o educando a participar ativamente de seu processo de aprendizagem.

A metodologia da Problematicação favorece a discussão em sala de aula e isso ajudando o educando a formar opiniões e a partir daí a refletir e realmente sobre prática (C08 /2ª Oficina).

Segundo Bordenave (1983), o referencial teórico da metodologia problematicadora viabiliza ao sujeito do processo de aprendizagem o exercício da observação, da reflexão e da ação, permitindo assim, que o sujeito deste processo seja capaz de distinguir causas, efeitos e possíveis intervenções a partir da análise concreta da realidade.

As **capacitações e oficinas** foram apontadas pelo grupo como ações capazes de propiciar a reflexão do sujeito sobre suas práticas:

[...] é um ponto positivo né? a gente já tá discutindo tendo mais clareza (C07 /2ª Oficina).

Assim, digamos que, essas capacitações sempre vêm com objetivo de fazer com que, o profissional ou trabalhador compreenda seu papel, sua importância enquanto trabalhador, enquanto cidadão e enquanto sujeito (C06 /2ª Oficina).

A construção de **espaços democráticos** foi apresentada como uma estratégia para viabilizar condições necessárias ao fortalecimento de práticas

pedagógicas e implementação da participação nos processos formativos da Instituição.

[...] gente pensou que poderia ser uma solução e colocou como potencialidades a escola como um espaço democrático (C01 /2ª Oficina).

b) Fatores que limitam ou dificultam

Conforme apresentamos no Quadro 10, a seguir apresentaremos os relatos dos participantes quanto aos fatores que limitam a inserção da temática Participação Social aos processos formativos da ETSUS/AC.

Assim, diante do desafio de colocar em prática o **Currículo por Competência e a Metodologia Problematizadora**, obtivemos os seguintes relatos:

[...] essa proposta de Currículo por Competência e a utilização da metodologia problematizadora é muito legal no papel, lindo e maravilho mais quando a gente está em sala de aula. Tá aí os mediadores que não me deixam mentir nós sabemos da área de aprendizagem e os coordenadores que é difícil são muitas as dificuldades e obstáculos (C06 /2ª Oficina).

[...] outra deficiência que encontramos e a falta de compreensão da proposta pedagógica da escola aqui entra a questão da metodologia problematizadora, a gente fica até preocupado currículo por competência a gente escuta uma coisa aqui outra ali não fica claro né? Quando você fala Participação Social dentro dessa metodologia a pessoa pergunta como vou trabalhar isso (C04 /2ª Oficina).

O currículo por competência está pautado em uma aprendizagem baseada em problemas. A aplicação dessa abordagem pressupõe a compreensão das dimensões teórica e metodológica dessa proposta em que os currículos se abrem para o desenvolvimento de atividades que integram práticas e teorias, através de uma abordagem problematizadora, trazendo à discussão valores éticos, sociais, políticos e econômicos para a consolidação de competências necessárias a uma concepção integral dos processos e práticas (BERBEL, 1998; PERRENOUD, 2002).

Outra limitação relatada pelos participantes foi a **ausência da participação dos mediadores** na elaboração dos Planos de Cursos:

Começamos por algo que a gente considera assim, mais macro, onde está à raiz do problema, mais na dimensão macro que são os nossos planos de cursos, esses chegam para nós “mediadores” de forma verticalizada, pois a construção dele foi uma coisa individual nós não temos muito claros o que o plano de curso se propõe, né? (C01 /2ª Oficina).

O relato do participante deixa explícito que, embora a proposta pedagógica da instituição tenha sido elaborada de forma participativa, o processo de elaboração dos Planos de Cursos não conta com a participação dos mediadores.

Completando essa fala, um dos participantes faz a seguinte reflexão:

A participação social pode e deve ser aplicado em outras áreas, como a na construção de currículos. Entendo que toda comunidade acadêmica deve ser ouvida e considerada, ou seja, não deve ser algo verticalizado. (C01 /1ª Oficina).

Essa reflexão deixa claro que esse profissional gostaria de participar das discussões que dão origem aos Planos de Curso executados pela Instituição. A inquietação dos participantes diante desse fato é bastante positiva pois, segundo Ceccim (2005), a auto-análise do processo de trabalho feita coletivamente fundamenta a superação e a incorporação de uma nova dinâmica ao cotidiano do trabalho.

A falta de contextualização dos currículos à temática da participação social se expressa na fala de um dos participantes.

[...] nem uma parte do currículo, tem uma coisa mais específica pra questão da participação talvez a gente possa a incluir agora (C04 /2ª Oficina).

Segundo a legislação da Educação Profissional, a contextualização dos currículos à necessidade do “perfil profissional de conclusão” tem como finalidade adequar o currículo às necessidades da realidade do serviço e ao contexto social ao qual o sujeito do processo formativo está inserido. Para a consolidação do SUS é imprescindível o fortalecimento da ação comunitária e a estruturação dos espaços e instância de Participação Social. Dentro dessa lógica, a Participação Social apresenta-se como um dos elementos estruturantes dessa política de saúde, sendo então imprescindível que o processo formativo contemple a abordagem dessa temática.

Outra limitação é a **falta de sensibilidade** das pessoas ao estabelecerem contato com os usuários.

Percebo a necessidade da educação, pois na prática, assistência necessita de grandes mudanças, principalmente no que diz respeito à humanização (C05 /2ª Oficina).

A fragmentação do cuidado em diversas especialidades médicas leva à formação de profissionais que apresentam dificuldades de lidar com as dimensões sociais e subjetivas do processo saúde-doença. Essa contradição fragiliza as relações entre os profissionais e os usuários do serviço. Essa por sua vez se traduz em um atendimento desumanizado e de má qualidade (BRASIL, 2004).

Podemos, assim, concluir que os fatores que dificultam a implementação dessa abordagem se fundamentam basicamente na necessidade da equipe em se apropriar das ferramentas e das estratégias para a execução da proposta pedagógica idealizada pela instituição.

Para avaliar o encontro, foi solicitado aos participantes que fizessem um breve relato de como eles se sentiam em relação à oficina. Como resultado, obtivemos as seguintes falas:

Eu “**quero mais**” como todo mundo já falou, acho que é importante essas oficinas até pra gente poder trocar mais idéias (C04 /2ª Oficina).

Os relatos dos participantes durante a avaliação do encontro foi bastante positivo, deixando claro que a oficina havia proporcionado ao grupo a troca de experiência necessária a uma maior compressão dos problemas evidenciados no cotidiano de suas práticas.

Finalizei o encontro agradecendo a participação, a disponibilidade e, principalmente, a motivação do grupo durante a realização do encontro.

4.2.3 **Terceira Oficina:** Teorização

Para subsidiar as discussões da 3ª oficina, uma semana antes da oficina entregamos ao grupo o texto “Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização” de Sicoli e Nascimento (2003) para que fizessem a leitura.

Para o acolhimento dos participantes, as cadeiras foram colocadas em um semicírculo, voltadas para o lado onde se encontrava a mesa, o *data-show* e o *quadro*.

Iniciei a oficina convidando o grupo a participar de uma dinâmica. Para darmos início à dinâmica, entreguei aos participantes um texto cujo título era “Sentada à beira do rio” (Anexo A). Em seguida solicitei que cada um dos

participantes lesse um trecho da mensagem de forma espontânea e o grupo deu início a leitura do texto.

O texto lido coletivamente trazia uma antiga lenda indiana que contava a história de dois pescadores que estavam à beira de um rio e ouviram gritos. Ao olhar, perceberam que era de uma criança em apuros descendo correnteza abaixo. Em seguida, mais gritos. Dessa vez eram duas crianças, e depois três crianças. Assim um número cada vez maior de crianças foi aparecendo, descendo correnteza abaixo. Um dos pescadores, consciente de que não dariam conta de salvar a todas as crianças, sai em busca para saber quem estava jogando essas crianças no rio.

Após a leitura do texto, obtivemos o seguinte relato:

Eu vejo esse momento aqui para nós da equipe da escola, como um momento de despertar, um despertar assim, já tem algum tempo que nós já identificamos as crianças gritando, fazendo uma analogia do texto. Essas são nossas dificuldades para executar uma formação significativa contextualizada. (C06/1ª Oficina).

Para Davini (2009), a ação educativa libertadora deve romper com as tendências tradicionais. Dentro da perspectiva da formação libertadora, o compromisso do processo formativo deve ser o de consolidar um conjunto de competências que dê significado à vida social e produtiva do sujeito.

Diante desse desafio de formar sujeitos autônomos e reflexivos capazes de tomar decisões a partir da análise de uma realidade concreta, um de nossos participantes faz a seguinte reflexão:

[...] para chegarmos a salvar essas vidas, precisamos primeiro mobilizar várias outras ferramentas que estão dentro de nós, sentimentos, emoções e muitas vezes eu fico pensando como eu vou fazer isso? E aí, eu me coloco no lugar de nossos educandos lá no serviço, quando eles nos questionam como eu vou fazer para promover essas mudanças sozinha? (C03/3ª Oficina).

Antes de começar a teorização, explicamos aos participantes que essa era mais uma etapa da Metodologia Problematizadora. Para expressar o propósito do encontro, iniciei essa etapa citando ao grupo a III Tese Bricêno-León (1996), que diz “*não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes*”, deixando assim claro que o objetivo do encontro era propiciar um momento de troca de informações que fundamentasse nosso debate em torno do tema por nós abordado.

Este momento foi conduzido através de uma sequência de *slides* por meio dos quais fomos abordando os seguintes temas: visão de mundo sob a perspectiva do materialismo histórico, História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, Cidadania e Participação Social, Financiamento do SUS, Intersetorialidade e Empoderamento Comunitário.

I. Visão de mundo sob a perspectiva do materialismo histórico

Iniciei essa abordagem ressaltando que o ponto de partida de nossa discussão seria a “visão de mundo”⁶ que, segundo o materialismo histórico e dialético⁷, determina o jeito de o sujeito enxergar a realidade, determinando a forma com que ele se posicionará frente a todos os processos de sua vida. Essa afirmação de Max daria sentido ao pressuposto de que nossas ações de saúde são resultantes de nossa concepção do processo saúde-doença. A Figura 11 foi apresentada para retratar tal percepção durante o processo de teorização.



Figura 11: Visão de Mundo segundo Marx
Fonte: Sequência de *slides* utilizada

Na sequência fiz uma breve explanação sobre a evolução histórica da humanidade a partir da concepção do filósofo Karl Marx e de Bordenave em seu

⁶ Definição de visão de mundo: nada mais é que um sistema de pontos de vistas sobre a realidade que permite ao homem elaborar uma atitude perante a realidade. (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006, p. 2-3).

⁷ Materialismo Histórico: uma teoria filosófica que busca explicar o mundo a partir da evolução histórica da realidade. (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006, p. 2-3).

livro “O que é Participação”. Ambos fazem um resgate histórico dos fatores sociais, culturais e econômicos que delinearão o processo de organização do homem em sociedade e como esses fatores influenciaram na determinação das desigualdades sociais.

II. História das políticas públicas no Brasil

Ao falar sobre as políticas públicas de saúde, relatei que durante um logo período a implementação de políticas na área da saúde e educação só eram viabilizadas para atender às necessidades do modelo econômico. Para sustentar esse pressuposto, sistematizamos por período os dados históricos que influenciaram a implementação de políticas públicas setoriais para as áreas de saúde e de educação no Brasil.

O Quadro 11 a seguir, ilustrará o conjunto de informações contidas na sequência de *slides* apresentada ao grupo para motivar o debate durante a oficina de teorização.

Período	Contexto sócio-político	Contexto Saúde	Educação /Profissional
1900-1930	-Crise do padrão exportador; - Revolução Industrial: leva ao Crescimento desordenado das grandes cidades, agravamento das condições de vida: - Necessidade do mercado e por profissionais semi-qualificados.	- 1º medidas de saneamento básico: institui-se o código Sanitário; - Criação das CAPs: esboço do 1º sistema de proteção social; - CAPS passam a IAP (organização por classe profissional).	- Estruturação dos CEFETs. - Constituição de 1934 trata pela 1ª vez das escolas vocacionais.

Quadro 11: Contexto histórico da saúde e educação no período de 1900-1930
Fonte: Sequência de *slides* utilizada na 3ª Oficina.

Instigamos o grupo a refletir como o contexto sociopolítico apresentado influenciou os currículos da Educação Profissional deste período. Para expressar sua compreensão desse processo, um dos participantes da oficina diz:

É a tendência tecnicista, que era tradicional, que desprezou tudo e qualquer conteúdo para se pautar no fazer (C06/3ª Oficina).

Complementando a fala outro participante diz:

Esse período está bem caracterizado no filme do Charles Chaplin “Tempos Modernos”, que retratou muito isso a tendência tecnicista, a questão do apertar parafusos [...] (C06/3ª Oficina).

Na sequência, discorreremos sobre os principais acontecimentos do contexto sociopolítico da década de 60 e 70 e sua influência no setor da saúde e educação, conforme apresentaremos no Quadro 12.

Período	Contexto sociopolítico	Saúde	Educação /Profissional
Década 60	<ul style="list-style-type: none"> - Golpe militar. - Esgotamento do modelo de produção Taylorista –Fordista. -Período do milagre econômico. 	<ul style="list-style-type: none"> - IAP passam INAPs/ 1967; - Criação do FURURAL em 1963; - 3ª Conferência Nacional de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investimentos no Sistema S; - Necessidades de reestruturação do currículo tradicional.
Década de 70	<ul style="list-style-type: none"> - Crise de legitimidade do regime militar. - Criação de uma nova consciência política. - Aumento da desigualdade social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Surgimento do Movimento de Reforma Sanitária. - Sucateamento do sistema público de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lei nº 5.692/71 Profissionalização compulsória do ensino secundário.

Quadro 12: Contexto histórico da saúde e educação durante a década de 60 e 70.

Fonte: Sequência de *slides* utilizada na 3ª oficina.

A partir desses tópicos, fiz uma breve explanação sobre as principais características do regime político da época, e de como esse período foi marcado por forte repressão do Estado sobre a população, o que levou ao enfraquecimento dos movimentos sociais, a perda de autonomia dos operários sobre a arrecadação de tributos do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) e, assim, a criação do INAPS.

Visando neutralizar o crescimento dos movimentos da classe industrial durante este período, foi feito grande investimento no Sistema “S”. Segundo Tanuri (1981), durante o regime militar a educação torna-se um importante instrumento de atuação e interferência do governo federal. Essa atuação se traduziu na perda significativa de autonomia do Conselho Federal Educação/CFE.

Com esgotamento do modelo de produção taylorista-fordista, no final da década de 60, e o fim do milagre econômico, o regime militar entra em crise de legitimidade. A coalizão de vários movimentos de vanguarda dá origem ao Movimento de Reforma Sanitária e às discussões que levariam à criação do SUS.

Complementando essa fala, um dos participantes faz o seguinte relato:

[...] É no período entre 62 e 64 veio o golpe militar e se adormeceu até a 8ª Conferência de Saúde da 3ª a 8ª e veio o processo de redemocratização (C01/3ª Oficina).

Apresentamos para o grupo, através do Quadro 13, os principais acontecimentos do contexto sociopolítico, saúde e educação de interesse de nossa pesquisa nas décadas de 80 e 90.

Período	Contexto sociopolítico	Saúde	Educação /Profissional
Década de 80	-Período de abertura política. -Constituição de 1988.	-7ª Conferência Nacional de Saúde. -8ª Conferência Nacional de Saúde - Criação do SUS.	- Lei nº 7.044 / 82 (torna facultativa a profissionalização). - Projeto de Larga Escala e o PROFAE. - Lei n 7498 / 86 COFEN.
Década de 90	- Período de implantação de uma nova política de saúde.	- Publicação da LOS n 8080 e 8142.	- LDB- n 9.394/96.

Quadro 13: Contexto histórico da saúde e educação durante a década de 80 e 90

Fonte: Sequência de *slides* utilizada na 3ª oficina.

A partir dos tópicos contidos no quadro 13, discorri sobre os efeitos do processo de redemocratização pelo qual o país passava e como este favoreceu às discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujos relatórios subsidiaram a criação do SUS pela Constituição de 1988, e também como este contexto sóciopolítico influenciou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB nº9394/96).

Para finalizar os relatos, apresentamos o Quadro 14, que retrata o contexto sóciopolítico no qual ocorreu o processo de implantação dessas novas políticas setoriais para a área de saúde e educação.

Período	Contexto sociopolítico	Saúde	Educação /Profissional
Década de 2000-2009	- Período de globalização. - Modelo de governo Neoliberal. - Período marcado por grandes escândalos (Corrupção). - Crise econômica mundial afeta o país.	- Implantação do SUS. - Resolução nº 33/92 CNS. - Emenda. Constitucional nº 29/00 - Resolução de nº 333/2003. - Pacto pela saúde.	- Decreto Estadual de Lei nº 4.577/01 cria a ETSUS/ACRE. - Decreto nº 5154/04 regulamenta a Educação Profissional.

Quadro 14: Contexto histórico da saúde e educação no período de 2000-2009

Fonte: Sequência de *slides* utilizada na 3ª oficina.

A partir desse quadro, discorri sobre o conjunto de estratégias implantadas para o atendimento dos interesses públicos e a implantação dos preceitos constitucionais que deram origem ao SUS, para que a política de fato saísse do papel e se consolidasse na prática do serviço de saúde. Também fiz breve explanação sobre as leis criadas para estruturar e fortalecer os espaços de participação da sociedade, assim como as diversas distorções que se apresentaram no ato de sua aplicação.

Um dos participantes colaborou com a discussão, fazendo um relato de como o processo de concepção e de implantação desse novo modelo vem acontecendo de forma lenta:

Então não é fácil entender, como você tem uma conferência em 86 que o relatório apontava para a criação do SUS, que é legitimado na constituição de 88 e só em 90 e que vai vira lei, em 92 é que ela começa de fato a ser implantado e a existir. Então é difícil temos aí 8 anos para que a Lei comece a se materializar, por isso que nós penamos até hoje pela a emenda constitucional 29 e de 2000 até 2009 ainda estamos brigando e nada acontece de concreto de fato (C01/3ª Oficina).

Aproveitei o momento para instigar o grupo a responder qual seria a relação existente entre a visão de mundo, concepção do processo saúde-doença e a Participação Social. Obtive o seguinte relato de um dos participantes:

Acredito que estão todos interligados assim, necessito olhar a realidade para entender e depois intervir nela né? (C01/3ª Oficina).

Essa percepção se fundamenta no referencial teórico de uma visão integradora da realidade concreta.

III. Participação Social e Cidadania

Destaquei que a participação é o caminho natural para o homem manifestar suas tendências inatas de realizar, de fazer coisas, consolidando a si mesmo e determinando, assim, a natureza e o mundo; que essa interação leva à satisfação de outras necessidades, propiciando ao sujeito momentos de reflexão, auto-expressão e valorização. Assim, os canais de participação criam condições para o exercício da cidadania.

Relatei que a cidadania pressupõe o estado de direito que se fundamenta na igualdade de todos perante a lei, partindo do reconhecimento que todas as pessoas

são detentores de direitos e de deveres e que, para conseguirmos de fato exercer nossos direitos de cidadãos, devemos cumprir com nosso dever de defender os direitos essenciais para uma vida mais digna.

Apresentei os relatos de Justino, Soares e Cutolo (2006) para explicar os três momentos do desenvolvimento de ações participativas a partir do contexto histórico em Participação Popular, Participação Comunitária até chegarmos à Participação Social. Foram apresentados também diversos conceitos de Participação Social a partir do olhar de diversos autores, dentre eles Teixeira (2001), Bordenave (1994), Souza (2007) e Wendhausen (2002).

Citei a “*V tese de Briceño-León*” para explicar a relevância do processo formativo para reforço da confiança das pessoas em si mesmas, trazendo para o centro da discussão o **empoderamento comunitário** como um dos objetivos da ação educativa, condição capaz de viabilizar o aumento do controle dos indivíduos e da comunidade sobre os condicionantes do processo saúde-doença. Segundo Bordenave (1994), uma ideia só é materializada quando se transforma em ação e o empoderamento representa a força motriz para o desenvolvimento de ações de caráter participativo.

Destacamos o relato de um dos participantes sobre relevância dos processos formativos para o desenvolvimento de ações participativas.

[...] nós temos que pensar que isto não está isolado só em uma etapa formativa isso tem que vir em todas as 3 etapas (C01/3ª Oficina).

A reflexão do participante nos remete a um modelo de formação integral que busca articular e consolidar conhecimentos e práticas que deem significado a todas as etapas do processo formativo.

IV. Gestão participativa e financiamento do SUS

Discorri sucintamente sobre o papel das instâncias formais e dos espaços informais de participação social na definição de políticas para o setor saúde, fiz um breve relato sobre a importância dos instrumentos de participação social, gestão e planejamento (Conferência Estadual e Municipal de Saúde, Agenda de Saúde Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Plano de Saúde, Relatório de Gestão), expliquei os objetivos dessas ferramentas para o diagnóstico da situação de saúde, definição de prioridades na área de saúde,

planejamento de metas e objetivos, avaliação e acompanhamento do cumprimento das metas e objetivos que foram planejados e pactuados.

O conjunto de instrumentos gestão citados anteriormente é o caminho natural para a definição e a alocação de recursos na área de saúde, que tem como objetivo estratégico adequar o modelo de atenção às necessidades da população através de ações integradas e do estabelecimento de uma **gestão participativa**.

Finalizei a etapa de teorização fazendo uma citação do livro "Educação na cidade", de Paulo Freire (1991 p.33) que diz: *"Não basta saber ler que 'Eva viu a uva'. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho."*

Durante a realização da oficina, o grupo demonstrou bastante interesse pelos temas abordados e se mostrou sensibilizado com a proposta e propósito da pesquisa. Na avaliação do encontro, os participantes estavam motivados e ansiosos para ver como se daria o desdobramento da próxima etapa.

Hoje eu posso dizer que é muito bom vocês estarem no mestrado e aqui dividindo isso com a gente (C06/3ª Oficina).

A abertura e a disponibilidade do grupo em transformar esta experiência em um momento de aprimoramento de suas práticas formativas enriqueceu o debate e permitiu ao grupo reavaliar suas práticas e redimensionar os objetivos do processo de ensino e aprendizagem.

4.2.4 **Quarta Oficina:** levantamento de hipóteses, solução e aplicação das hipóteses

A última oficina desta pesquisa aconteceu no dia 29 de julho de 2009, também nas dependências da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. Esta oficina teve como objetivo discutir e elaborar uma matriz curricular que viesse atender à necessidade de um currículo que pretende formar sujeitos aptos a intervir nos processos decisórios e promover mudanças significativas na qualidade de vida da população.

Para subsidiar esse momento de discussão, entreguei ao grupo a sistematização das unidades de registro uma da 1ª e 2ª oficinas, um quadro de fatores Potencializadores e Limitantes da Participação, segundo Santos e Wendhausen (2003); as matrizes do módulo básico dos cursos Técnicos das áreas

de Enfermagem, Análises Clínicas e Odontologia; esboço de uma matriz desenvolvida por nós a partir do conjunto de evidências apresentadas no decorrer da pesquisa.

Na sequência, solicitei ao grupo que analisasse o material que lhe fora dado e discutisse a matriz apresentada por nós, para que, em um segundo momento, apresentasse suas considerações e contribuições sobre a abordagem de estratégias que consolidassem e fortalecessem a Participação Social no currículo.

a. Apresentação da Matriz e seus resultados

O grupo desenvolveu conjuntamente conosco duas **competências** básicas para atender à necessidade de formar sujeitos capazes de participar dos processos decisórios e inferir sobre condicionantes sociais por meio de implantação de um processo formativo significativo.

Na discussão dos dados apresentados neste tópico, as palavras grifadas representam o aporte ou as sugestões dos participantes para a reformulação da matriz apresentada pela pesquisadora.

I. Primeira Competência

O texto da primeira competência, proposto pela matriz entregue aos participantes, estava descrito da seguinte forma: “Compreender a Participação Social como uma estratégia fundamental a consolidação do SUS.”

Segundo as sugestões do grupo, o texto ficou descrito da seguinte forma:

Conhecer e Compreender a Participação Social como uma estratégia fundamental a consolidação do SUS, para as melhorias das práticas dos serviços de saúde. (C01/3ª Oficina)

As justificativas apresentadas para as alterações propostas no texto da primeira competência serão apresentadas a seguir:

Nós ficamos discutindo no grupo, que para eu compreender eu preciso conhecer primeiro então é uma seqüência como é que eu compreendo se nunca vi algo? (C06/3ª Oficina).

[...] só compreende e daí, porque ele tem que compreender, então nós acrescentamos lá: para as melhorias das práticas dos serviços de saúde (C06/3ª Oficina).

A matriz curricular apresentada no Quadro 15 representa, segundo os participantes de nossa pesquisa, o conjunto de habilidades, valores e atitudes que deverão ser desenvolvidos a partir das Bases Tecnológicas por meio de metodologias ativas para o desenvolvimento da primeira competência.

I. Competência: <u>Conhecer</u> e compreender a Participação Social como uma estratégia fundamental a consolidação do SUS, <u>para as melhorias das práticas dos serviços de saúde.</u>		
Saber fazer (HAB)	Saberes (BCT)	Saber ser (AT/VAL)
1. Conhecer e interpretar a história das políticas públicas de saúde. 2. Correlacionar a história das políticas públicas com os avanços e retrocessos do setor saúde. 3. Identificar-se como sujeito político-estratégico dentro desse processo de democratização da saúde. 4. Correlacionar a melhoria da qualidade de vida da população com as conquistas dos movimentos sociais. 5. <u>Empregar</u> estratégias que viabilize uma troca de experiência entre o serviço e o comunicado; 6. Participar e articular-se com entidades sociais (creches, asilos e outros). 7. Conhecer e defender os princípios doutrinários e organizativos do SUS.	1. Visão de mundo: Organização do homem em sociedade, conceitos sobre filosofia, antropologia e sociologia. 2. História das Políticas Públicas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde e a cidadania 3. A emergência dos movimentos sociais: a evolução dos conceitos de Participação popular, comunitária e social. 4. Movimento de Reforma Sanitária: Conferências Nacionais de Saúde no Brasil, Constituição 1988, art. 196. 5. Sistema Único de Saúde: (Lei 8080/90 e lei 8142/90, Resolução nº 33/92 CNS, Resolução nº 333/2003).	1. Ser aberto a novos conhecimentos. 2. Estar disposto a enfrentar novos desafios. 3. Ser participativo e criativo durante o processo de ensino e aprendizagem. 4. <u>Ser solidário e proativo.</u> 5. Ser crítico e contestado: 6. Saber defender seu ponto vista. 7. Respeitar opiniões contrárias. 8. Ter disposição para o trabalho em equipe.

HAB – Habilidades; BCT – Bases Científicas e Tecnológicas; AT/VAL – Atitudes e Valores
 Quadro 15: Matriz curricular da primeira competência

1. Habilidades

Dentre as habilidades, os participantes substituíram o verbo identificar pelo verbo empregar no item 5 .

Entendemos que não devemos só identificar, mais devemos também como empregar estratégias que viabilizem a troca de experiência (C06/4ª Oficina).

Concordo com o entendimento do grupo de que não basta conhecer ou identificar, é fundamental saber também empregar esse novo conhecimento de forma adequada para que de fato se consolide uma competência.

2. Bases Tecnológicas

Segundo os participantes, a primeira Base Tecnológica que deveria ser trabalhada para o desenvolvimento dessa competência seria:

Visão de mundo: Organização do homem em sociedade, conceitos sobre filosofia, antropologia e sociologia (C06/4ª Oficina).

Essa concepção redimensiona, dentro do processo formativo, a importância de se trabalhar a visão de mundo a partir da abordagem do contexto histórico-social como elemento necessário ao desenvolvimento de uma consciência crítica.

3. Valores e Atitudes

O grupo entendeu que, para o desenvolvimento da competência pretendida, devia ser acrescentado aos valores e atitudes o item “ser solidário e pró-ativo”.

[...] nossos educandos não podem ficar naquela inércia ele não é proativo não gosta de buscar, porque o novo insere mudanças em trabalho e um desafio então nós colocamos (C08/4ª Oficina).

Ser pró-ativo é uma atitude que está diretamente ligado à metodologia problematizadora para a execução do “Currículo por Competência”, que em síntese já propicia e/ou facilita a abordagem da temática da Participação Social.

II. Segunda competência

O grupo acrescentou o verbo desenvolver antes do verbo ampliar ao texto da segunda competência. A justificativa para a colocação desse verbo foi:

[...] temos que desenvolver para depois ampliar em nossos educandos o sentido de co-responsabilidade, assim né participar (C08/4ª Oficina).

No Quadro 16 apresentaremos a segunda competência e os recursos cognitivos para seu desenvolvimento.

II. Competência: desenvolver e ampliar a co-responsabilidade da comunidade na definição de políticas públicas.		
Saber fazer (HAB)	Saberes (BCT)	Saber ser (AT/VAL)
1. Entender que há uma diversidade de interesses individuais e coletivos que emergem dentro desses espaços; 2. <u>Entender e buscar</u> acompanhar o processo de criação e execução de políticas públicas. 3. Entender como se define o financiamento das políticas de saúde; 4. Deduzir e <u>correlacionar</u> que ação participativa favorece a construção de relações democráticas e solidárias; 5. Correlacionar empoderamento social à conquista de autonomia; 6. Mobilizar a comunidade para participar de discussões acerca de problemas de saúde. 7. <u>Compreender</u> e internalizar a humanização como uma condição fundamental para a eficácia do atendimento em saúde.	1. Organização dos espaços de Participação Social: espaços formais (Conselhos de Saúde, Conferências Municipais e Estaduais de saúde, conselhos gestores) e espaços informais (Organismos e Entidades de Classe). 2. Intersetorialidade: ações multi-estratégicas (formação de consciência sanitária). 3. Financiamento do SUS e Gestão Participativa: instrumento de planejamento e gestão da saúde (Conferência Estadual e Municipal de saúde, Agenda de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão, Plano Diretor de Regionalização -PDR, Programação Pactuada Integrada - PPI). 4. Emenda Constitucional – 29/2000. 5. Empoderamento comunitário: autonomia e co-responsabilidade 6. Humanização da assistência à saúde: Política Nacional Humanização.	1. Ter iniciativa e bom senso nas tomadas de decisões. 2. Estar disposto a enfrentar novos desafios. 3. Ser interessado durante as atividades do processo de ensino/ aprendizagem. 4. Participar e interagir com o grupo. 5. Saber defender seu ponto de vista e respeitar opiniões contrárias. 6. Saber se posicionar diante das adversidades ou diferenças. 7. Ser comunicativo e ter empatia. 8. Ser participativo e interagir com o grupo. 9. Ser solidário, cooperativo. 10. Ser ético.

HAB – Habilidades; BCT – Bases Científicas e Tecnológicas; AT/VAL – Atitudes e Valores
 Quadro 16: Matriz curricular da segunda competência

1. Habilidade

Como podemos observar no texto grifado no Quadro 16, no item 2, o grupo acrescentou entender e buscar ao texto dessa habilidade. A explicação de um dos participantes para essa alteração foi:

Tenho que entender, para acompanhar si não, como me situar no processo (C08/4ª Oficina).

A alteração do texto foi feita a partir do entendimento de que, para a consolidação de habilidades para tomadas de decisões é imprescindível que o educando entenda o processo para poder se situar adequadamente dentro do mesmo (PERRENOUD,1999).

Dentro das habilidades, o grupo sugeriu que fosse acrescentado a palavra correlacionar ao item 4. Assim, um dos participantes fez o seguinte relato:

Nosso educando tem que correlacionar isso aos outros processos da vida dele né, temos que refletir sempre (C08/4ª Oficina).

Na sequência, um dos participantes sugeriu que fosse trocado o verbo entender pelo compreender no item 7. O participante justificou a sua sugestão a partir do seguinte relato:

No item 7 estava só entender e é pouco, então colocamos compreender e internalizar a humanização como uma condição fundamental a eficácia no atendimento de saúde (C04/4ª Oficina).

A humanização como processo só se concretiza na prática quando precedida de um conjunto de conhecimento e valores que se fundamentam a partir de uma visão integral do processo de adoecimento (BRASL, 2004).

2. Bases científicas e tecnológicas e Valores e Atitudes

O grupo não sugeriu a inserção de nem uma Base Tecnológica e obtivemos o seguinte relato:

Na discussão com o grupo não identificamos a ausência de nem uma base e os valores endentemos que são esses mesmos (C04/4ª Oficina).

Finalizamos o encontro agradecendo a participação de todos e dizendo que os resultados de pesquisa serão apresentados ao grupo no final deste estudo.

O resultado dessa experiência foi altamente enriquecedor para o grupo e para nossa pesquisa. O percurso metodológico nos permitiu desvendar as grandezas e as fragilidades experimentadas por esse grupo de educadores no exercício de suas práticas educativas.

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. (FREIRE, 1987, p. 78).

Para Pedrosa (2003) é necessário repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Ao concordar com essa afirmação, busquei confrontar sob que perspectiva a instituição da qual faço parte vem desenvolvendo suas ações formativas com relação à participação social.

O contato com diversos autores me permitiu olhar os documentos analisados (Proposta Pedagógica e Planos cursos) e os processos pedagógicos como um conjunto articulado de situações e meio pedagogicamente idealizados com o objetivo de promover uma aprendizagem significativa.

Assim, ao analisar a expressão da Participação Social nos currículos da ETSUS/AC, busquei vislumbrar como essa instituição formadora vem cumprindo sua dimensão pedagógica de contextualizar seus processos formativos aos princípios e às diretrizes do SUS.

O “Currículo por Competência”, adotado pela Rede de Escolas Técnicas do SUS, busca romper com o modelo de formação tradicional por meio de uma formação libertadora, constituída a partir de uma matriz construtivista que tem como marco conceitual e filosófico a análise do processo de trabalho e sua relação com o contexto social, sendo está a grande contribuição desse currículo para a Educação Profissional em Saúde.

Dentro do percurso da pesquisa pude compreender, entre outras coisas, que muito embora o currículo adotado pela instituição apresente um conjunto de elementos que favoreça a implementação e consolidação novas práticas na área de saúde, existe um abismo metodológico entre as teorias e as práticas formativas adotadas pela Instituição.

Com base no resultado da análise documental e dos dados obtidos nas oficinas, constatei que, embora tenha havido grande investimento em capacitações durante o processo de elaboração da Proposta Pedagógica, os planos de curso ainda continuam presos a práticas curriculares que destoam do referencial de uma formação emancipatória.

Na análise dos “*Planos de Cursos*” constatei também a escassez de conteúdos que fundamentem a compreensão da relação existente entre o contexto histórico e o advento de políticas na área de saúde; a ausência de uma abordagem materialista histórica para explicar como o homem se organizou em sociedade e de como esse processo determinou o desenvolvimento das iniquidades sociais; e a ausência de bases teóricas que fundamentem a compreensão das origens, dimensões, mecanismos e relevância da participação social.

Dentro desse processo também foi muito marcante a relação dialética que o grupo estabeleceu entre a humanização e a consolidação de ações participativas. A humanização apresentou-se por diversas vezes nas falas dos participantes como força motriz, capaz de motivar a ação transformadora. A polaridade existente entre humanização e participação social se apresenta como elemento fundamental para a superação de práticas assistencialistas e curativistas, fundamentadas no modelo biomédico, pela adoção de um modelo integral.

Constatei também – a partir da concepção do grupo de que a “participação social” legitima e amplia o papel da comunidade na definição de políticas públicas – que o grupo consegue correlacionar o processo de participação às conquistas de benefícios e à melhoria da qualidade de vida.

Os participantes, por diversas vezes, ressaltaram a relevância da ação educativa para o estabelecimento de novas práticas e melhoria da qualidade da assistência à saúde. As principais limitações apresentadas pelo grupo para o desenvolvimento de ações de caráter participativo residem na deficiência dos currículos, no que concerne a abordagem do tema Participação Social, no despreparo do corpo técnico em abordar o tema, na falta de participação dos mediadores na construção dos currículos e na falta de interlocução entre os eixos temáticos e situações reais.

À medida que confrontei os diversos discursos teóricos e metodológicos dos participantes quanto às estratégias e aos recursos utilizados para a abordagem da temática Participação Social foram ficando mais explícitas as dificuldades vivenciadas pelo grupo em colocar em prática a proposta pedagógica adotada pela instituição, que em síntese pressupõe a articulação de três pilares: *conhecimento*, *habilidades* e *valores e atitudes*, para a consolidação de uma competência.

A aplicação da última etapa da metodologia problematizadora (aplicação das hipóteses de solução à realidade) foi marcada pela disposição do grupo em discutir

e propor mudanças a partir do conjunto de evidências levantadas nas etapas anteriores. Obteve como resultado dessa etapa a construção da matriz curricular do módulo básico, idealizada com o objetivo de desenvolver competências necessárias a formação de um profissional apto a participar nos processos de elaboração, definição, fiscalização e acompanhamento de políticas públicas.

Durante o desenvolvimento das oficinas, foi muito gratificante perceber a motivação e o envolvimento dos participantes na busca por resignificar suas práticas, a partir dessa experiência. Os resultados colhidos a partir dessa pesquisa contribuirão para motivar um processo de reformulação das bases curriculares da instituição.

Na perspectiva de contextualizar ainda mais as práticas formativas da ETSUS/AC às especificidades do SUS, saliento que é fundamental que haja continuidade desse trabalho por meio do desenvolvimento de futuras pesquisas como:

- a. Análise da percepção dos educandos e egressos da ETSUS/AC quanto à relevância da Participação Social para a consolidação do SUS.
- b. Análise da inserção e do grau de participação dos egressos da ETSUS/AC dentro dos conselhos e Gestores das unidades de saúde.

A produção social em saúde exige um olhar participativo e, diante de tal afirmação, o desenvolvimento de pesquisas dessa natureza permitirá à Instituição conhecer ou vislumbrar o nível de conhecimento dos sujeitos (educandos e egressos) sobre as dimensões conceituais e práticas da Participação Social e essas também, dimensionarão o impacto dos processos formativos para a construção de uma sociedade mais participativa.

Diante das fragilidades dos processos pedagógicos evidenciadas durante a pesquisa, algumas sugestões foram elencadas como necessárias para a superação das contradições, dentre elas:

- a. A criação de quadro próprio de funcionários para a instituição;
- b. A criação de grupo de discussão e de desenvolvimento de pesquisa científica.

A implantação dessas ações tem como finalidade diminuir a rotatividade de profissionais dentro da Instituição e também viabilizar a troca de experiência, o aprimoramento de práticas educativas e o desenvolvimento de pesquisas científicas.

O desenvolvimento dessa pesquisa proporcionou-me um grande crescimento profissional e pessoal. Em linhas gerais, posso dizer que a metodologia utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa permitiu a mim e aos demais participantes vislumbrar novos caminhos para a consolidação de uma formação significativa e libertadora.

6 REFERÊNCIAS

ACRE. Instituto de Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr. **Plano Estadual de Educação Profissional**. Rio Branco, 2009.

ACRE. Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. **Plano de Desenvolvimento Institucional**. Rio Branco, 2008a.

ACRE. Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. **Projeto político pedagógico**. Rio Branco, 2008b.

ARAUJO, D. Noções de Competência e organização curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 32-42, jun. 2007.

ACRE. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico Sustentável. **Acre em números**. Rio Branco: ACRE, 2003a.

ACRE. Escola Técnica em saúde ETSUS/AC. **Plano de Curso de Técnico em Análise Clínica**. Rio Branco: ACRE, 2003b.

ACRE. Escola Técnica em saúde ETSUS/AC. **Plano de Curso:Agente Comunitário de Saúde – ACS**. Rio Branco: Acre, 2001.

ARAUJO, Dolores. Noções de Competência e organização curricular. *Revista Baiana de Saúde Pública*.V.31,Supl.1,1,32-42.jun.2007.

BAPTISTA, T. W. F. A história das políticas públicas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C; PONTE, A. L. M (Orgs.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJ/Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BAQUERO, R. **Educação, Capital social e democracia** - buscando pontos de convergência. *Educação Unisinos*, 9(2): 77-83, maio/ago 2005.

BERBEL, N. A. N. (Org.). **Metodologia da Problematização**: Fundamentos e Aplicações. 1. ed. Londrina: Editora UEL, 1999.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.

BORDENAVE, J. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores psicológicos. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor** – área da saúde. Brasília: OPS, 1983.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 - Resultados do Universo. Brasília, DF: 2000a. Disponível em: www.ibge.gov.br/.../censo2000/tabelabrasil111.shtm>. Acesso em: 11 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Regulação em Saúde**: Pro - gestores para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007 a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Educação Profissional Técnica de nível médio integrado ao ensino médio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007 b.

BRASIL. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2005, Brasília. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Humanização SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004 a.

BRASIL. Decreto n.51554/2004 que **Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências**, Brasília, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série histórica do CNS, n. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da Saúde**: declaração de Alma-Ata: Carta de Ottawa: declaração de Adelaide: declaração de Sundsvall: declaração de Santa Fé: declaração de Jacarta: rede dos Megapaíses: declaração do México. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A prática do Controle Social**: conselho de saúde e financiamento do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b. (Série história do Conselho Nacional de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.298 de novembro de 2000. **Instituir a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS)**. DF: Brasília, 2000.

BRASIL. Parecer nº 16, de 05 de outubro de 1999. Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 nov. 1999. Disponível em <http://www.mec.gov.br/semtec/educprof/ftp/ceb016.doc>>. Acesso em: 05 de outubro de 2008a.

BRASIL, Resolução CNE/CEB nº. 04/99. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília, 1999b.

BRASIL. Decreto nº 2.208 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 de abr. 1997. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Resolução nº 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Brasília,DF.10 de outubro de 1996.

BRICEÑO-LEÓN, R. Sete sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 1, p. 7-30, jan.-mar. 1996.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. 871 p.

CECCIM, R.; CARVALHO, Y. M. de. Formação e Educação em Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC, 2006.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/php.index.php>. Acesso em: 30/10/2008.

CORDEIRO, D. C; COSTA, E. A. P. **Jovens Pobres e a Educação Profissional no Contexto Histórico Brasileiro**. Niterói, ano 4, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/Denise%20e%20Eduardo%20TN4.htm>. Acesso em: 3 julho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Currículo para a Educação Profissional pelos Referenciais Curriculares Nacionais/MEC, Brasília, 2000.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do curso de graduação em Medicina da UFSC**. 2001. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2001.

DALLARI, D. de A.. **O que é Participação Política**. São Paulo: Saraiva, 1994.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: 2009. p. 39-59. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série: Pactos pela Saúde, 2006; v. 9).

DEMO, P. **Participação é Conquista: noções de política social participativa**. São Paulo: Cortez, 1999.

FONSECA, R. S. G. S.; EGRY, E. Y; BERTOLOZZI, M. R. O Materialismo Histórico e Dialético para a Compreensão do Processo Saúde Doença. In: EGRY, E. Y.; CUBAS, M. R. (Orgs.). **O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC: guia para pesquisadores**. Curitiba: ABEN-PR, 2006.

FREIRE, P. **Ação é cultura como prática da liberdade e outros escritos**. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **A Educação na Cidade**. São Paulo: Cortez, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 26. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GARCÍA, C. M. **Formação de Professores: para uma mudança educativa**. Porto Editora, 1999.

GÂNDARA, S. V. **Educação Profissional e os APLS: uma ação efetiva na promoção do desenvolvimento regional**. [S.l.]: Universia, 2005. Disponível em: [http://www.universia.com.br /material/ img /ilustra/2005/out./artigo% 20 – Educação Profissional- e- APLS Sebastião](http://www.universia.com.br/material/img/ilustra/2005/out./artigo%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Profissional-e-APLS%20Sebasti%C3%A3o). Acesso em: 15 de outubro de 2008.

GANDHI, M. K. **As palavras de Gandhi**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

GOHN, M. G. M. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

GONÇALVES, M. H. B. et al. **Referenciais para educação profissional do SENAC**. Rio de Janeiro: SENAC/DF/DI, 2004.

GALVÃO .E. Seminário Nacional das Escolas Técnicas do SUS: a criação do CEFOR no Brasil. Revista saúde e sociedade .V18 supl.2.2009 (Palestra proferida no seminário ETSUS/SP outubro de 2007)[WWW.scielo.br/pdf/souc/v18s2/09](http://www.scielo.br/pdf/souc/v18s2/09). Acesso em: 20 agosto de 2009.

JUSTINO, A. L. A; SOARES, G. B; CUTOLO, L. R. (Orgs). **Controle Social no SUS**. Manual de terapêutica. Florianópolis: ACM, 2006.

LUCHMAN, L. H. H. Os sentidos e desafios da participação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 12. 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: FAFI/UFMG, 2005.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Ed. EPU, 1986.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1, mar. 2006.

MAEYAMA, M. A. **Estilos de Pensamento na Odontologia Social e Preventiva: Um estudo da disciplina de Odontologia Social e Preventiva do curso de Odontologia da UNIVALI**. 2006. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

MANFREDI, S. M. **Educação Profissional no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002.

MARQUES, N. M. **Concepções dos professores do centro de ciências da saúde (CCS) sobre as práticas curriculares interdisciplinares**. UNIVALI, campus I. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação da UNIVALI, Itajaí, 2005.

MATTA, G. **Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: FUMARC, 1985.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. da. Sociologia e Teoria Crítica do Currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. da (Orgs.). **Currículo Cultura e Sociedade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MOROSINI, M. V. G.; MARTINS, C. M. Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: MATTA, G. C; PONTES, A. L. M (Orgs.). **Políticas de Saúde**: a organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTTA, C. G. da. et al. Psicologia e Promoção da Saúde: reflexões sobre um projeto de extensão universitária. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PSICOLOGIA, 5., 2007, Maceió. **Anais...** Maceió, 2007.

NEDER, C. A. P. **Participação e gestão pública**: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2001.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social**: 60 anos de História da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, ABRASCO, 1989.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social**: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA, R. A. **(Des)qualificação da educação profissional brasileira**. São Paulo: Cortez, 2003.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**. Entrevista cedida a Radis, 2003. Disponível em: <www. Gices-sc.org>. Acesso em: 20 set. 2009.

PEREIRA, A. I. F. As tendências pedagógicas e as práticas educativas da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set.-out. 2003.

PEREIRA I. B; RAMOS M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I. B. História da Educação Profissional em Saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJ/Fiocruz, 2007.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan.-fev. 2001.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002a.

RAMOS, M. N. Indicações Teórico-Methodológicas para a elaboração de Currículos na Educação Profissional de nível técnico em saúde. In: CASTRO, J. L. (Org.). **PROFAE: Educação Profissional em Saúde e Cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

RIBEIRO, M. L. S. **História da Educação Brasileira**. A organização escolar. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

SAÚPE, R. et. al. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. **Revista Saúde**, Piracicaba, 7(17): 53-56, 2005.

SAVIANI, D. **A nova lei da educação: LDB trajetórias limites e perspectivas**. 6. ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-491, jul.-ago. 2006.

SÓRIO, Rita Elisabeth da Rocha. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: CASTRO, J. L. (Org.). **PROFAE: Educação Profissional em Saúde e Cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, F. R. Pedagogia por Competências e Pedagogia por Objetivos: Que Relação? In: **Revista de estudos curriculares**, Braga, ano 2, n. 1, p. 121-140, 2004.

SOUZA, R. O. Participação e Controle Social. In: MIONE, A. S.; MATOS, M.C.; LEAL, M. C. **Política Social, Família e Juventude**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 167-187.

TANURI, Leonor Maria. **A Administração do Ensino no Brasil**. São Paulo: Didática, 1981.

TEIXEIRA, E. **O local e o global: Limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez, 2001.

TOGNOLI, H. **Práticas Curriculares na atenção básica: um estudo de caso**. 2006. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WENDHAUSEN, A. L. **O duplo sentido do controle social: (des)caminho em saúde**. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2002.

WENDHAUSEN, A. L. P.; RODRIGUES, I. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no Conselho. In: **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-174, 2006.

WENDHAUSEN, A. L. P.; SAUPE, R. Os desdobramentos da Promoção da Saúde na realidade Latino/Americana/Brasileira: participação, empoderamento e interdisciplinaridade. In: WENDHAUSEN, A. L. P.; SAUPE, R. (Orgs.). **Interdisciplinaridade e Saúde**. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2007.

APÊNDICES

7.1 APÊNDICE A - Termo de Autorização para Utilização dos Dados Documentais e Realização da Pesquisa

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A expressão da participação Social nos currículos da ETSUS-ACRE.

Pesquisador Responsável: Prof^a. Dra. Águeda Lenita Wendhausen

Telefone: (047) – 33441243 e 33417932

Andréia Vasconcelos Correa da Silva

Telefone: (068) - 3223 2952

Este trabalho tem por objetivo descrever e analisar a inserção da Participação Social no itinerário formativo dos cursos da ETSUS-ACRE por meio de uma análise documental temática de documentos oficiais (Projeto Político Pedagógico, Plano de Curso e material didático produzido pela instituição) com a finalidade de conhecer essa realidade e reunir um conjunto de informações para, em um segundo momento com os mediadores, coordenadores de áreas técnicas e representantes da área de aprendizagem, fazer uma análise crítica dos conteúdos identificados e problematizar com este coletivo as concepções e as dimensões conceituais do componente participação social, fundamentando assim o processo de reformulação das Práticas Curriculares a partir da análise do fenômeno estudado como uma estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

- Nome do Pesquisador: Águeda Lenita Wendhausen

- Mestranda: Andréia Vasconcelos Correa da Silva

- Assinatura do Pesquisador _____

- Local e data: _____

Nome: Irailton Lima de Souza

Assinatura do Responsável: _____

Telefone para contato: _____

AO

SR. IRAILTON DE LIMA SOUSA

DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

DOM MOACYR GRECHI

RIO BRANCO-ACRE

Senhor Diretor,

Eu, **ANDRÉIA VASCONCELOS CORREA DA SILVA**, servidora pública estadual, lotada neste Instituto desde agosto de 2007, período em que respondo pela Assessoria Técnica da Área de odontologia, venho por meio desta solicitar a Vossa Excelência autorização para uso de informações institucionais e uso do espaço da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha na realização da Pesquisa **A expressão da participação social nos currículos da ETSUS-ACRE : limites e desafios de uma formação libertadora**, cujo objetivo geral é construir uma síntese Propositiva de Reformulação das Práticas Curriculares, a partir da expressão do fenômeno estudado como um elemento fundamental ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde ressignificando assim, o papel da escola e melhorando a qualidade dos Cursos Técnicos de Nível Médio oferecidos aos Trabalhadores em Saúde pela Escola Técnica em Saúde – ETSUS-AC.

A referida pesquisa é parte do **Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI**, tendo como Orientadora a Professora Águeda Lenita Wendhausen.

A coleta de dados se dará no âmbito da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, através de Oficinas de Trabalho a serem realizadas em horário de expediente acordado com a Escola e terá como sujeitos da pesquisa os coordenadores de áreas técnicas e mediadores de aprendizagem desta instituição.

Atenciosamente,



Andréia Vasconcelos Correa da Silva

Aluna do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI

Rio Branco-Acre, 30 de janeiro de 2009.

*Ante a
realização
da Pesquisa.*

Júlia

Instituto Estadual de Educação Profissional Dom Moacyr
Av. Nações Unidas, 1.068-Bosque. CEP:69.909-720
Fone: (68) 3222-8060 E-mail: eprofissional.educacao@ac.gov.br
CNPJ: 07.827.773/0001-95

7.2 APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa que terá como um dos métodos de coleta de dados a realização de oficinas. Após ser esclarecido (a) sobre as informações referentes à pesquisa a ser realizada a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A expressão da participação Social nos currículos da ETSUS-ACRE.

Pesquisador Responsável: Águeda Lenita Wendhausen

Telefone para contato: (47) 3344-1243; 33417932

Mestranda: Andréia Vasconcelos Correa da Silva

Telefone para contato: (68) 3223-2952; 92972794

A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA

Essa pesquisa tem como objetivo subsidiar informações para elaboração de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do trabalho, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a UNESCO e executado pela Universidade do Vale do Itajaí, em Santa Catarina.

A pesquisa será realizada com profissionais da Escola Técnica em Saúde do Acre e tem como objetivos descrever e analisar a inserção da Participação Social no Itinerário formativo dos cursos ETSUS-ACRE.

Para a realização dessa pesquisa, serão realizadas oficinas com os profissionais envolvidos nos processo de ensino e aprendizagem dos cursos de Técnico em Enfermagem, Técnico em Agente Comunitário de Saúde, Técnico em Análise Clínica, Técnico de Higiene Dental, Técnico de Vigilância em Saúde e Técnico em Radiologia. As oficinas serão gravadas, filmadas, transcritas e seu conteúdo analisado por meio da análise de conteúdos.

Os participantes terão a sua identidade preservada e suas respostas não causarão nenhum tipo de dano moral ou financeiro. Fica registrado que a participação do entrevistado é voluntária e não implica em pagamento de qualquer espécie de remuneração ou indenização para participar da entrevista. Também não haverá ressarcimento para quaisquer outras ações judiciais movidas pelo entrevistado a exemplo de desconforto e danos morais que, porventura, o entrevistado possa entender como pertinentes.

Espera-se, com o resultado dessa pesquisa, fundamentar o processo de reformulação das práticas Curriculares a partir da análise do fenômeno estudado.

Fica acordado que o resultado da pesquisa será informado aos participantes. Durante o período de participação e término das oficinas e mesmo após o término da pesquisa, fica garantido o sigilo dos dados pessoais do participante, dando ao mesmo o direito de retirar o consentimento de participar a qualquer tempo.

Nome do Pesquisador Responsável: Águeda Lenita Wendhausen

CPF: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Mestranda: Andréia Vasconcelos Correa da Silva

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____

abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Registrando que fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento de participação a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade pela não participação.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

7.3 APÊNDICE C - Termo de Aceite de Orientação

Eu Águeda Lenita Wendhausen, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada *A expressão da participação social nos currículos da ETSUS – ACRE*, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97,251/97,303/00 e 304/00 do CNS/MS**), e assumo, neste Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas na(s) (s) entrevistas dos (s) sujeitos (s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e privacidade dos participantes . Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Itajaí, _____ de _____ de 200__.

Águeda Lenita Wendhausen
Pesquisadora Responsável

ANEXOS

8.1 ANEXO A - Folha do SISNEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 246445	
Projeto de Pesquisa A EXPRESSÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CURRÍCULOS DA ETSUS-ACRE					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Preve.			Grupo Grupo III	Nível Prevenção	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos participação social, formação de recursos humanos, análise de currículo					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 12	Total Brasil 12	Nº de Sujeitos Total 12	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Águeda Lenita Pereira Wendhausen		CPF 376.466.059-72	Identidade 1/R 498112		
Área de Especialização SAÚDE COLETIVA		Maior Titulação DOUTORA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA LAURO MULLER, 740		Bairro CENTRO	Cidade ITAJAÍ - SC		
Código Postal 88302-402	Telefone 47 33417932 / 47 33441243	Fax	Email agueda@univali.br; aguejor@milnegocios.com.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____ Assinatura _____					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI		CNPJ 84.307.974/0001-02	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço RUA URUGUAI n.458		Bairro CENTRO	Cidade ITAJAÍ - SC		
Código Postal 88302202	Telefone 47 33417738	Fax 47 33417744	Email etica@univali.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>Águeda Lenita Pereira Wendhausen</u> Assinatura _____ Data: <u>06/03/2009</u>					
Vinculada					
Nome Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha		CNPJ 00.603.109/0001-13	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Vinculada ao Instituto Estadual de Ed Prof Dom Moacyr		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Estrada BR 364 Km 02		Bairro Distrito Industrial	Cidade Rio Branco - AC		
Código Postal 69918-340	Telefone (68) 3226-7330	Fax	Email escoladesaude.educacao@ac.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Nome: _____ Assinatura _____ Data: ____/____/____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 06/03/2009. Não ocorrendo a entrega

8.2 ANEXO B – TEXTO

Sentados à beira do rio

*Sentados à beira do rio, dois pescadores seguram suas varas à espera
> de um peixe.*

- > De repente, gritos de crianças trincam o silêncio.*
- > Assustam-se. Olham para a frente, olham para trás. Nada.*
- > Os berros continuam e vêm de onde menos esperam.*
- > A correnteza trazia duas crianças pedindo socorro.*
 - > Os pescadores pulam na água.*
- > Mal conseguem salvá-las com muito esforço, quando ouvem mais berros
> e notam mais quatro crianças debatendo-se na água.*
 - > Desta vez, apenas duas são resgatadas.*
- > Aturdidos, os dois ouvem uma gritaria ainda maior.*
 - > Dessa vez, oito crianças vindo correnteza abaixo.*
- > Um dos pescadores vira as costas ao rio e começa a ir embora.*
 - > O amigo exclama:*
 - > - Você está louco, não vai me ajudar?*
 - > Sem deter o passo, ele responde:*
 - > - Faça o que puder.*
- > Vou tentar descobrir quem está jogando as crianças no rio.*

REFLEXÃO

- > Essa antiga lenda indiana retrata como nos sentimos no Brasil.*
 - > Temos poucos braços para tantos afogados.*
- > Mal salvamos um e vários descem rio abaixo, numa corrente incessante de > apelos e mãos
estendidas.*
- > Somos obrigados a cair na água e, ao mesmo tempo, sair à procura de > quem joga as crianças.*
 - > Incrível como alguns homens às margens do rio conseguem conviver > com os berros.*
 - > E até dormir sem sobressaltos.*
 - > É como se não ouvissem.*
 - > Se o pior cego é aquele que não quer ver, o pior surdo é aquele > que não quer escutar.*
 - > É gente que não conhece o prazer infinito da solidariedade.*
- > Não conhece o encanto do estender poucos centímetros de braço e > encostar os dedos nas
estrelas.*
- > Tão fácil agarrar uma estrela, refletida no brilho dos olhos de quem > salvamos por falta de ar.*
- > Por sorte temos pescadores que, dia após dia, mostram como as > crianças sobrevivem nos homens.*
 - > E como é doloroso o parto de um homem precoce no corpo de um > menino.(...)*
 - > Texto retirado do CD de Milton Nascimento*
 - >*
 - > E você está escutando os gritos ???*

Texto retirado do CD de Milton Nascimento

<http://www.usinadeletras.com.br/exibelotexto.php?cod=8620&cat=Cordel&vinda=S>.
Acesso em: 23 abril de 2009.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)