

PATRÍCIA TORRES

**NOVAS PERSPECTIVAS PARA TRANSFORMAÇÃO DE
AMBIENTES DE TRABALHO EM AMBIENTES DE
APRENDIZAGEM: O CASO EPISUS**

Mestrado em Educação: Currículo

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo

2006

PATRÍCIA TORRES

**NOVAS PERSPECTIVAS PARA TRANSFORMAÇÃO DE
AMBIENTES DE TRABALHO EM AMBIENTES DE
APRENDIZAGEM - O CASO EPISUS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Educação pelo “Programa de Estudos Pós-graduados em Educação: Currículo, Linha de Pesquisa: Novas Tecnologias em Educação”, sob orientação do Prof. Dr. Fernando José de Almeida.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

**São Paulo
2006**

Ficha Catalográfica

Elaborada pela bibliotecária Adriana Rafael Pinto, CRB-8/6526

T693n Torres, Patrícia.
Novas perspectivas para transformação de ambientes de trabalho em ambientes de aprendizagem: o caso EPISUS / Patrícia Torres – São Paulo, 2006.
118 f. : anexos

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação.
Orientador: Prof. Dr. Fernando José de Almeida.

1. Ambiente de Aprendizagem. 2. Aprendizagem no Trabalho. 3. Currículo. 4. Educação. 5. Saúde. 6. EPISUS - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde. I. Título

BANCA EXAMINADORA

“Não é pela contemplação de algo, na suposta apropriação conceitual daquilo que as coisas são num determinado instante, que os homens aprendem, mas pela transformação desta coisa, pelas conseqüências que seu saber opera no real”.

J. Habermas

*“De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar e
a certeza de que seria interrompido antes de
terminar.*

*Fazer da interrupção um caminho novo,
fazer da queda, um passo de dança,
do medo, uma escada,
do sonho, uma ponte,
da procura, um encontro.”*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo infinito amor e presença constante em minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Fernando José de Almeida pelo apoio, amizade e carinho. Considero um grande privilégio tê-lo como leitor exigente e generoso, que além de colaborar com suas orientações e incentivo, foi absolutamente tolerante diante de intercorrências pessoais e profissionais de toda ordem que me atropelaram. Com o seu apoio, esses percalços ao invés de me deterem, impulsionaram-me com mais força.

Às Professoras Doutoras Regina Giffoni Luz de Brito e Rose Marie Inojosa, por aceitarem participar da minha banca e pelos valiosos questionamentos e contribuições na etapa da qualificação.

Aos professores que apoiaram minha trajetória e continuam apoiando minhas escolhas, além de iluminarem com sabedoria cada descoberta. Em especial às profas. Magali Camacho Garcia, Lúcia Helena de Oliveira Pileggi, Sueli Terezinha Ferreira Martins, ao querido mestre e amigo Luiz Carlos Canêo, prof. Mário Sérgio Cortella, entre tantos outros que fazem parte deste caminho.

À Gisele, minha irmã e amiga, a quem confiei durante as minhas ausências o cuidado à minha pequena flor, ao que ela sempre correspondeu com dedicação e amor.

A toda a minha família, de Ribeirão Preto à Pindamonhangaba, pela compreensão quanto ao afastamento e ausência em momentos especiais.

Aos primos Tícia e Eduard pela generosidade.

À minha amada tia, amiga, irmã, Elenice, minha fiel incentivadora.

À Michele Karina Duran, por sua dedicação e amizade.

À Irecê Nabuco e Cláudia Hardag, grandes amigas e colegas de turma sem as quais alguns importantes empreendimentos acadêmicos não teriam dado bons frutos.

À Neli Mengalli, pela atenção a algumas de minhas interrogações pessoais e intelectuais, em momentos fundamentais.

A tantos outros colegas de pós-graduação do CED que sempre me acolheram com muito carinho.

A todos os colegas do Senac São Paulo, pelo incentivo.

Aos alunos/egressos do EPISUS, em especial à coordenadora do programa, Elizabeth David dos Santos, que me ajudaram a construir a essência desse trabalho.

MUITO OBRIGADA!!!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe,
Maria Helena,
cujo exemplo de força e perseverança
deixou marcas profundas em minha vida.

Com generosidade e dedicação compartilhou
sempre comigo minha vida, minha história.

Mãe, hoje essa história também é sua,
porque você é e sempre foi a minha
grande fonte de aprendizado e amor.

E àqueles que têm sido a razão da minha existência e
as flores do meu caminho:

Meu marido,
Guilherme,

Minha Filha
Mariana e a

esse pequeno **Ser** tão esperado e bem-vindo que,
no meu ventre, compartilhou dos momentos finais
da elaboração desse trabalho.

RESUMO

Há um amplo consenso no reconhecimento de que o modelo tradicional de formação de recursos humanos em saúde é um dos fatores que comprometem o alcance dos objetivos do SUS (Sistema Único de Saúde).

Com isso, novos processos de formação e qualificação profissional começam a surgir, sendo necessária para sua viabilização estratégias no sentido de sensibilizar e mobilizar todos os que necessitam envolver-se na construção da mudança, partindo de uma reflexão crítica.

O presente trabalho é uma descrição circunstanciada e uma análise apurada sobre uma experiência de exploração e construção de novas estruturas para o currículo.

O objetivo é ampliar o debate sobre a formação de recursos humanos em saúde, através da descrição, análise e reflexão em torno do currículo e do modelo de aprendizagem em serviço do EPISUS (Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde), buscando o reconhecimento e a sistematização dos conceitos envolvidos na proposta do programa.

Este estudo foi realizado por meio de pesquisa documental, observação direta de grupos focais e de questionários junto aos alunos e egressos do programa.

As conclusões indicam que é possível fundamentar a formação de profissionais de saúde num paradigma voltado para os seguintes aspectos, apontados pelo estudo como características da proposta do EPISUS:

- emancipação do processo educativo;
- reconhecimento da dinâmica própria do contexto dos serviços;
- incorporação da experiência no processo formativo;
- reconhecimento do ambiente de trabalho como cenário de aprendizagem;
- incorporação de competências básicas no desenho curricular.

Ainda assim, os dados remetem à importância de que o EPISUS construa uma proposta pedagógica voltada intencionalmente para a formação de agentes transformadores, conferindo a devida importância ao papel desses profissionais na ampliação do objeto e ação da vigilância em saúde, tomando como referência as necessidades das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde.

Palavras-chave: Ambiente de Aprendizagem; Aprendizagem no Trabalho; Currículo; Educação; Saúde; EPISUS - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

There is a consensus in acknowledgement that traditional human resource model for education in the health field is one of the factors that impedes the attainment of the objectives of SUS (Sistema Único de Saúde – the Brazilian Public Health System). Because of this, new education and professional qualification processes begin to appear, with the necessity for viability strategies to inform and mobilize those who need to be involved in the implementation of the changes, beginning with critical reflection.

This paper is a circumstantiated and a analysis of an exploratory experiment and construction of new curriculum structures.

The objective is to widen the debate over human resource development in the health field through the description, analysis and reflection on the curriculum and learning model used by EPISUS ((Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – SUS Training Program) bringing out the acknowledgement and systematization of concepts involved in the proposed program.

This paper was written on the basis of document research, direct observation of focus groups and student and graduate questionnaires.

The conclusions indicate that it is possible to base the development of health field professionals on a paradigm built around the following aspects, demonstrated as characteristics of the EPISUS proposal by the study.

- emancipation of the education process;
- acknowledgement of the dynamic of service contexts;
- incorporation of experience in the education process;
- recognition of the workplace as a learning environment;
- incorporation of basic skills in curriculum design.

The data show the importance of the construction of an educational process intentionally designed to produce transforming agents by EPISUS; conferring on them the due importance of the role of these professionals in widening the scope of vigilance in the health field, taking as reference people and population needs, the local management and social control in health.

Keywords: Learning environment, Learning in the workplace, curriculum, education, health, EPISUS - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 - OBJETIVO DO ESTUDO E PROBLEMA DE PESQUISA	14
CAPÍTULO 2 - CONCEITOS E FUNDAMENTOS.....	22
Políticas de Saúde no Brasil.....	22
Educação Permanente.....	27
Aprendizagem em Serviço.....	35
Concepção de Currículo.....	45
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA.....	48
CAPÍTULO 4 - RADIOGRAFIA DO EPISUS.....	55
Estrutura do Programa.....	55
O Trabalho de Campo.....	63
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS: DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÕES.....	65
Caracterização da Amostra.....	65
O Currículo do EPISUS.....	65
Avaliação.....	72
A monitoria: suas funções e contradições.....	74
A Relação Teoria e Prática.....	81
Política de Recursos Humanos.....	84
CAPÍTULO 6 - À Guisa de Conclusão.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS	
I – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	94
II, III e IV – RELATÓRIOS DE SURTOS INVESTIGADOS.....	96

INTRODUÇÃO

Conhecer o ponto de partida de um estudo ajuda a esclarecer seu significado, sua amplitude e suas limitações.

Este projeto foi criado a partir da minha experiência desde a graduação atuando em programas de formação em saúde.

Iniciei em 1995 com um processo de formação dos membros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Bauru. Dando prosseguimento, em 1996, foram levantadas as representações sociais dos Conselheiros Gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município, onde se revelou a necessidade do desenvolvimento de um trabalho de conscientização da identidade psicossocial destes conselheiros.

Como membro da Comissão de Formação e Informação do Conselho Municipal de Saúde de Bauru, representando como monitora de um projeto a Universidade Estadual Paulista, participei de reflexões e discussões junto aos conselheiros gestores acerca da importância da Participação Popular (enunciada na Constituição de 1988 e regulamentada na lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990/2ª Lei Orgânica de Saúde) no controle e gestão do SUS através dos Conselhos de Saúde, tendo como objetivo incentivar e facilitar o funcionamento efetivo dos Conselhos Gestores de Saúde, buscando tornar compreensível aos conselheiros a importância do seu papel na formulação de estratégias e no controle das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômico-financeiros, de acordo com os interesses da coletividade.

Em 2000, como coordenadora de educação corporativa para Instituições de Saúde públicas e privadas, tive o primeiro contato com discussões sobre a importância da mudança nos modelos de formação dos profissionais de saúde, participando dos Pólos de Formação e Educação Permanente em Saúde, através do relato dos membros dos conselhos gestores dos pólos sobre a necessidade de planejamento e implementação de programas educacionais efetivos para as equipes de saúde.

Em setembro de 2003 tive aprovado meu projeto para criação da área de Saúde Pública, na instituição de ensino de caráter privado onde atuo como coordenadora na área de Saúde.

Isso trouxe como desafio oferecer um novo espaço e novas perspectivas para a formação de profissionais do setor de saúde.

Inicia-se aí um percurso de intenso aprendizado, onde me deparei com trabalhos importantes de reconstrução de modelos curriculares na formação em saúde, comprometidos com a mudança do modelo de atenção em saúde.

Em meio a isso ingressei no Mestrado em Educação/Currículo da PUC-SP, visando resgatar as experiências vividas na minha prática profissional, marcadas pelo senso comum, pela intuição, pela ausência de reflexão sistemática e levá-las a um nível de reflexão teórica que permitam uma ação mais consciente.

Nesse contexto, conheci o EPISUS (Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde), onde os preceitos básicos sobre a mudança na formação em saúde, como a educação permanente e em serviço, processo ensino-aprendizagem centrado no aluno e nas necessidades em saúde já eram colocados em prática há alguns anos. Busquei relatos e trabalhos científicos que desvelassem essa experiência, mas não consegui encontrar nada senão artigos de jornal ou boletins informativos que enalteciam a qualidade e a efetividade do trabalho dos profissionais formados pelo programa.

Daí nascia a definição do meu tema de mestrado, considerando que o núcleo de pesquisa ao qual pertencço é Currículo e Formação, o meu propósito passou a ser o de desvelar o currículo do EPISUS, ou seja, os aspectos relacionados com o processo ensino-aprendizagem, seus objetivos, metodologia utilizada, as competências que são desenvolvidas, formas de avaliação da aprendizagem, as atitudes dos alunos, dos monitores e coordenação, entre outros fatores determinantes da aprendizagem.

Acredito que se conseguirmos transformar o produto de algumas experiências positivas de construção da mudança, em conhecimento disponível e instigador, isso se caracterizará como uma oportunidade real de contribuirmos efetivamente para o processo de mudança na formação dos profissionais de saúde.

Assim, no capítulo 1 são estabelecidos o problema e os objetivos da pesquisa e as razões da sua relevância, visando facilitar a subsequente análise dos resultados.

O capítulo 2 apresenta a revisão bibliográfica concentrada em obras relevantes sobre políticas de saúde, currículo, educação permanente e aprendizagem em serviço que servem de suporte teórico para a pesquisa.

O capítulo 3 apresenta um breve histórico do EPISUS, destacando o contexto mais amplo de sua criação. A seguir, é feita uma análise de sua organização, contemplando cada elemento constituinte do programa.

O capítulo 4 estabelece os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, englobando aspectos relativos à natureza da pesquisa, aos instrumentos de coleta de dados, além de apresentar as bases para a interpretação dos resultados obtidos.

O capítulo 5 apresenta os resultados da pesquisa à luz do referencial teórico, buscando-se encontrar pontos em comum ou em desacordo com os pressupostos teóricos e metodológicos em que o estudo se baseia, assim como abstrair as prováveis concepções que embasam o currículo do EPISUS. Idéias de vários autores são contrastadas com os resultados obtidos de forma a permitir concordância ou discordância em relação ao seu significado frente às várias teorias e experiência empírica da autora.

Finalmente, no capítulo 6 apresentam-se as conclusões, além de algumas sugestões e recomendações.

CAPÍTULO I – OBJETIVO DO ESTUDO E PROBLEMA DE PESQUISA

“Novas perspectivas para transformação de ambientes de trabalho em ambientes de aprendizagem: o caso EPISUS”: o título traz o termo perspectiva que segundo o dicionário Latino Português de Ernesto Faria vem do latim "perspectivus", que deriva de dois verbos: perspecto, que significa "olhar até o fim, examinar atentamente"; e perspicio, que significa "olhar através, ver bem, olhar atentamente, examinar com cuidado, reconhecer claramente”.

O presente trabalho tem como objetivo principal ampliar o debate sobre a formação profissional em saúde através da descrição, análise e reflexões em torno do currículo e do modelo de aprendizagem em serviço do EPISUS, buscando o reconhecimento e sistematização dos conceitos envolvidos na proposta do programa.

O setor de Saúde no Brasil pode ser considerado um dos maiores do mundo, sendo um sistema de saúde que atua em mais de cinco mil municípios, distribuídos nos seus estados e regiões. Com quase setenta mil estabelecimentos de saúde (públicos e privados) e cerca de 500 mil leitos hospitalares, este setor gera na ordem de dois milhões de empregos diretos em saúde (Tabela 1).

O levantamento nacional mais recente sobre a capacidade instalada no setor saúde brasileiro, realizado em 2002, registra a existência de 49.676 estabelecimentos de saúde, dos quais 27.092 (55%) integrantes da rede pública e 22.584 (45%) da rede privada. (IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2002).

Existiam 24.016 unidades de atendimento ambulatorial (65% públicas), 7.415 hospitais (28% públicos), 8.440 centros de urgência (38% públicos), 16.400 serviços de complementação diagnóstica (25% públicos), 1.078 bancos de sangue (28% públicos), 7.050 centros de complementação terapêutica - radioterapia, quimioterapia, etc. (28% públicos) - e 429 unidades especializadas em psiquiatria (20% públicas).

Prestavam atenção hospitalar 8% dos estabelecimentos públicos e 24% dos privados. Do total de 544.357 leitos hospitalares (3,6 por mil habitantes), 25% eram públicos e 75% privados. Observa-se, de modo geral, certo equilíbrio na distribuição

dos serviços públicos e privados entre as diferentes regiões do país, com discreta tendência de concentração nas regiões Sudeste e Sul.

Mesmo considerando os avanços tecnológicos, que se caracterizam pela redução do uso de mão-de-obra intensiva, o setor de Saúde é um dos maiores geradores de empregos da economia, configurando-se de grande relevância social não só pelos serviços prestados à população como pela sua enorme capacidade geradora de empregos.

Os dados mostram que, em menos de quatro décadas, o setor apresentou crescimento significativo, passando de menos de 400 mil empregos na década de 1970 para mais de dois milhões na primeira década do século atual.

Fala-se aqui de um setor que possui mais de trezentos mil médicos, 800 mil profissionais de enfermagem (aproximadamente cem mil enfermeiros), mais de 190 mil dentistas, 70 mil farmacêuticos, 130 mil psicólogos e por volta de 190 mil agentes comunitários de saúde.

Variáveis	1976	1980	1992	2002
ESTABELECEMENTOS	13.133	18.489	49.676	67.612
Público	6.765	10.045	27.092	38.373
Privado	6.368	8.444	22.584	29.239
LEITOS	443.888	509.168	544.357	471.171
Público	119.062	122.741	135.080	146.319
Privado	324.826	386.427	409.277	324.852
EMPREGOS	349.386	573.629	1.438.708	2.180.598
Federal	98.528	122.475	113.987	96.064
Estadual	60.094	96.443	315.328	306.042
Municipal	25.854	47.038	306.505	791.377
Privado	184.476	307.673	702.888	987.115

Tabela 1 - Fonte: IBGE (Inclui os empregos administrativos)

Entre os médicos destaca-se a crescente participação de mulheres, que em 1996 representavam 32% do total desses profissionais em atividade no país.

A distribuição dos serviços e dos profissionais de saúde no país se caracteriza pela concentração de recursos humanos nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais dos estados. Na região Sudeste residem 59% do total de médicos, 51% dos enfermeiros, 50% dos farmacêuticos, 63% dos odontólogos e 44% dos veterinários.

A região com menor cobertura profissional é a Norte, com 3,4% dos profissionais de todas as categorias. Dentro de cada região, ocorrem grandes disparidades na concentração das diferentes categorias profissionais. Na região Sudeste há 545 habitantes para cada profissional médico e 1.944 para cada profissional de enfermagem (IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2002).

Pesquisa realizada a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e da Secretaria Executiva, ambos do Ministério da Saúde (Faveret, 2002) apontam que os recursos destinados pelos três níveis de governo, com suas receitas próprias, às ações e aos serviços públicos de saúde, somaram em 2000 cerca de 37 bilhões de reais, para os quais a União contribuiu com 59%, e os estados e municípios com, respectivamente, 18,2% e 22,7%. Isso significa dizer segundo Faveret, que o gasto público com saúde representou em 2000, 3,17% do PIB brasileiro, equivalendo a R\$ 216,99 por habitante no ano.

O quadro sanitário que prevalece no País é diversificado e reflete a presença de diferentes perfis epidemiológicos: enfermidades infecciosas e parasitárias, características de países em desenvolvimento e doenças crônicas como as cardiovasculares e neoplasias, típicas dos países desenvolvidos. Ainda nesse contexto, devem ser considerados aspectos associados à migração para os grandes centros urbanos, cuja população passa a viver nas periferias, sem a infra-estrutura necessária de saneamento e habitação, o que se reflete sobre o sistema de saúde.

Diante de tantas disparidades, os egressos dos diferentes níveis de formação em saúde no Brasil, devem estar preparados para afrontar a realidade dos serviços de saúde, saber tratar a população rural ou indígena, enfrentar os problemas característicos das regiões de difícil acesso do território nacional, conhecerem as diretrizes do SUS, suas implicações práticas e levar a cabo os trâmites necessários à obtenção de recursos além de conhecerem as conseqüências civis e penais a que estão sujeitos no exercício da profissão.

Um sistema de saúde com essa complexidade nos obriga a repensar a maneira como esse sistema se relaciona com a sociedade e responde de maneira efetiva e com qualidade às suas crescentes necessidades, e quando se trata de buscar uma melhora significativa na qualidade da atenção em saúde que recebe a população,

torna-se evidente a necessidade de intervir sobre a relação existente entre o modelo de prestação de serviços e a formação dos profissionais de saúde, buscando mecanismos que consigam aproximar mais o processo formativo da realidade do serviço.

“Os atuais debates nos diferentes foros sobre o desenvolvimento de Recursos Humanos na saúde pública revelam uma preocupação compartilhada entre distintas regiões do mundo sobre as necessidades e sobre a adequação do ensino/aprendizagem em saúde. Se constata que emerge uma responsabilidade social distinta a do passado na missão de formar líderes em saúde pública. Isso se expressa no questionamento de para quê e de como formamos os futuros profissionais de saúde pública, indo além das preocupações essenciais sobre os conteúdos relevantes, para abarcar também os princípios, estratégias e metodologias de aprendizagem que assegurem a apropriação de uma capacidade efetiva de intervenção no contexto real” Mario Rovere, 2004.

O desenvolvimento e implementação de programas de educação, dentro deste contexto, torna imprescindível um aprofundamento do conhecimento nesse campo, avaliando possibilidades, experimentando novos modelos pedagógicos, pesquisando a aprendizagem em serviço e analisando o seu impacto na formação, para garantir que os programas que serão criados e que terão como foco a formação profissional em saúde, possam colocar essas inovações a serviço da nossa sociedade e da melhoria da qualidade da atenção à saúde da população.

Ainda hoje, a formação do profissional de saúde está focada em oferecer vantagem competitiva ao aluno para que consigam sua inserção no mercado de trabalho privado de saúde. Em consequência disso ocorre a extrema valorização das especialidades, da tecnologia, da atuação no setor de alta complexidade – hospitais.

Além disso, a lógica do processo educacional está centrada no ensino, pautado num mecanismo de transmissão de informação cumulativa, em vez de estar focada no processo de aprendizagem, há o hábito de olhar para o processo educacional a partir da perspectiva dos professores, ignorando o ponto de vista daqueles que são os sujeitos da aprendizagem. Nesse processo são desvalorizados a experiência e também o erro.

O ensino ainda é voltado para a doença, predominando aulas teóricas e demonstrativas, utilizando-se situações fictícias em detrimento de práticas reais.

A formação dos profissionais de saúde vem se caracterizando, tradicionalmente, pelo distanciamento das necessidades dos sistemas de saúde e das comunidades às quais eles deveriam servir. Tais disparidades também se repetem no processo de atualização e educação permanente dos profissionais, marcado por programas constantemente questionados quanto à sua relevância e à efetividade e eficiência das estratégias adotadas.

As dificuldades no que se refere ao currículo continuam as mesmas: excesso de teoria, atividades práticas restritas ao final do curso; seqüência incoerente e descontextualizada dos conteúdos, que não levam em conta a realidade da saúde, formação fragmentada e desprovida de crítica, falta de compromisso e alienação de professores e alunos em relação às políticas de saúde; mercado de trabalho e conteúdo dos cursos privilegiando a utilização de tecnologias sofisticadas, sem a necessária ênfase na resolução de problemas básicos de saúde (Paim, 1997; Andrade, 1995; Bonfim, 1996; Feuerwerker, 1998).

A educação no campo da saúde raramente promove um enfoque que possibilita a alunos e profissionais a oportunidade de construir o conhecimento por meio da reflexão sobre suas próprias experiências, bem como a participação em estudos, investigação e debates, rompendo assim com o ensino fragmentado e propiciando, com isso, condições para a formação de um profissional ético, competente e socialmente responsável.

Mas este é um processo conflituoso e contraditório, pois ao mesmo tempo em que existem exigências de uma formação humanista e crítica há um constante choque com as exigências do conhecimento definido pela divisão social do trabalho cuja característica principal é estar em constante expansão, buscando novos mercados, pesquisando novas tecnologias, rompendo com conhecimentos às vezes milenares e criando novas relações de trabalho.

Segundo Feuerwerker (2002), é hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada da educação dos profissionais de saúde. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área

clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde.

O desafio consiste, portanto em fazer com que a formação profissional em saúde esteja orientada para as necessidades de saúde, ou seja, que a rede de serviços de saúde tem que ser competente ao suprir necessidades sociais por saúde. Ela não pode ser apenas qualificada para procedimentos e atividades técnicas. O profissional de saúde deve ser competente para dialogar com grupos sociais, com os usuários, tornando-se sujeito no processo de trabalho em saúde.

Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988. Autores como Paim (1997) afirmam que, em relação à política de formação e capacitação de recursos humanos da saúde, as propostas e opções devem ser capazes de introduzir inovações que contenham o potencial de fortalecer mudanças nas práticas profissionais, nos processos de trabalho e, conseqüentemente, apontem os novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes de saúde dos serviços.

Para isso é necessária a inter-relação entre teoria e prática, a reafirmação das propostas de mudança curricular, o redesenho do currículo e os demais aspectos relacionados à dinâmica e às tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

Só assim será possível oportunizar o desenvolvimento de novas competências e posturas, através de um modelo pedagógico baseado na participação, no diálogo e na realidade vivenciada por esses profissionais, sendo que a identificação das competências desses profissionais, assim como as estratégias de formação mais pertinentes para viabilizá-las, devem levar em conta o contexto e a concepção de saúde que têm como referência doutrinária a Reforma Sanitária e como estratégia de reordenação o Sistema Único de Saúde – SUS (OPAS, 1999).

Esse processo requer a articulação de vários saberes que provêm do conhecimento científico, técnico e da experiência de trabalho. Ao referir-se à educação dos médicos, Garcia (1972) chamou a atenção para a dissociação entre trabalho e estudo como um dos problemas mais relevantes nesse tipo de formação,

argumentando sobre a importância de superar tal desagregação de modo simultâneo a mudanças nas relações de ensino, meta a ser alcançada para as transformações imprescindíveis desse processo. Na formação de outros profissionais da área da saúde, o autor destaca que se pode encontrar o mesmo 'modo escolar' que domina os processos de ensino médico.

Trazendo essas questões para o campo específico da epidemiologia, evidencia-se a necessidade de uma formação não só para capacitação técnica específica que possibilite resposta aos novos agravos surgidos ao lado de endemias antigas – as quais se mantêm ou reaparecem – mas para a integração do conhecimento dos vários fatores determinantes e/ou condicionantes que se imbricam na gênese ou manutenção dos problemas de saúde/doença (Marzochi, 1997) e que transcendem o enfoque biologicista predominante no cotidiano das práticas e da formação dos profissionais.

É necessário, portanto refletirmos sobre novas alternativas educacionais que incorporem o trabalho em saúde como um fazer social, como espaço para o exercício da democracia, do pensar e do refletir, o que aponta para a necessidade de compreendermos essa questão à luz de um estudo sistematizado.

Este pode ter alcance prático imediato como reflexão para os profissionais envolvidos, análise crítica dos programas de educação permanente, estabelecimento de referenciais para o desenvolvimento teórico-metodológicos nessa área do conhecimento, ênfase na pesquisa em serviço e conseqüente melhoria da qualidade do serviço prestado.

Nesse ponto é importante destacar o que se quer dizer quando se faz referência à qualidade do serviço em saúde. O primeiro aspecto a ser levado em conta é que a maior parte da bibliografia existente a esse respeito se refere à qualidade da aplicação do conhecimento científico e na incorporação da tecnologia, e se constitui em condição essencial pressuposta na ação dos profissionais de saúde.

A idéia de qualidade que se promove nessa pesquisa é a idéia de qualidade como resultado integral ligado a determinados processos de trabalho, no quadro da produção de serviços sociais em saúde, ou seja, de fatores de satisfação de certas necessidades sociais, ou seja, a qualidade não é algo inerente, "uma realidade em

si” derivada do seu alto nível de formação dos profissionais de saúde ou de qualificação, mas, sim, uma condição complexa onde os diferentes componentes das ações de saúde alcançam esse resultado.

Propostas pedagógicas inovadoras devem atender a demandas sociais caracterizadas pela velocidade, transformação e diversidade cultural, implicando num novo olhar sobre o ensinar e o aprender.

Como então repensar a formação em saúde de forma que essa se diferencie de uma educação baseada em repetição, treinamento ou memorização? Como desenvolver, mediar, apoiar o processo de aprendizagem de forma que os alunos possam atuar com autonomia, criatividade, responsabilidade e independência? Como desestabilizar o lugar do aluno passivo, acrítico, apático, apegado à forma de trabalho para a qual a escola sempre o preparou?

Atualmente, as inovações curriculares em saúde encontram respaldo não só no arcabouço doutrinário do SUS, mas também nas orientações gerais da LDB. A idéia de formação com base em competências representa uma oportunidade importante para a formação profissional, ao contribuir para ajustar as ofertas de formação de recursos humanos às demandas do setor de saúde.

A área de saúde vem buscando a superação dessa situação através da tentativa de concretizar em políticas e práticas educativas, os princípios da Educação Permanente, que coloca as pessoas no centro do processo educativo, privilegiando o aprender, articular a educação com a experiência e valorizar a individualidade de cada sujeito e a experiência anterior na construção e aquisição de novos conhecimentos.

Por tudo isso é que esse trabalho está voltado para um programa que pode ser caracterizado como uma proposta de modernização do processo formativo dos profissionais de saúde, pois parte do reconhecimento da dinâmica própria do contexto dos serviços e se orienta pela incorporação da experiência no processo

formativo, do ambiente de trabalho como cenário permanente de aprendizagem e a incorporação de competências básicas no desenho curricular.

CAPÍTULO 2 – CONCEITOS E FUNDAMENTOS

As bases conceituais que fundamentaram o desenvolvimento desse trabalho estão circunscritas às seguintes discussões:

- Políticas de Saúde no Brasil
- Educação Permanente
- Aprendizagem em serviço
- Concepção de currículo

Política de Saúde no Brasil

A reforma sanitária brasileira tem como marco de debate a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e visa amplas reestruturações financeiras, organizacionais e institucionais do setor público de saúde, com três objetivos principais:

- transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais;
- consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção e;
- facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde. Esse marco de reforma tem sua base jurídica na Constituição Federal de 1988 e nas leis subseqüentes.

O movimento da Reforma Sanitária foi formulado a partir do movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta.

A referência à Reforma Sanitária como um movimento, se deve ao fato de tratar-se de um processo. Por isso, muitas das suas propostas ainda não foram consolidadas. Continuam sendo o objetivo dos que lutam pela democratização da saúde no País.

Entre outros fatores, o movimento, segundo Paim (1997) “teve a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social”. Os departamentos de Medicina Preventiva e Social e as escolas de saúde pública ou seus equivalentes foram o braço acadêmico do movimento reformista.

A Reforma Sanitária foi um processo que passou pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e que sofreu a implantação distorcida do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não se confunde com os mesmos (Arouca, 1988). “Os esforços para a unificação e descentralização, bem como as tentativas de mudança do modelo assistencial hegemônico nos últimos anos, inscrevem-se nesse resgate” (Paim, 1997).

A Constituição Federal de 1988 dedicou à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social. O texto constitucional configura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, num sistema único de saúde - SUS, de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral.

Esse marco constitucional gerou as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), o Decreto 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas - NOBs, editadas em 1991, 1993 e 1996. A Lei 8.080/90 regulamenta o SUS, que é responsável, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde.

Segundo Paim (2003), não obstante a existência de um arcabouço jurídico-normativo, composto pela Constituição, Leis 8080/90 e 8142/90 e normas operacionais, ainda competem no espaço da formulação e implementação de políticas de saúde distintas concepções de SUS:

- a) o “SUS democrático” desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira;
- b) o “SUS formal”, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal, pelas constituições estaduais, leis orgânicas, decretos, portarias, resoluções, etc;

c) o “*SUS real*”, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que favorecem o mercado da assistência médica supletiva (“planos de saúde”); d) o “*SUS para pobre*” centrado numa medicina simplificada para gente simples mediante “focalização” das ações (Paim, 2003).

O SUS agrega todos os serviços públicos (de níveis federal, estadual e municipal) e os serviços privados, quando credenciados por contrato ou convênio. As NOBs, por sua vez, a partir da avaliação dos estágios de implementação do SUS, voltam-se mais direta e imediatamente para a definição das estratégias aplicáveis em cada momento de construção do Sistema e dos respectivos processos para a sua operacionalização.

O SUS está pautado por três princípios constitucionais: universalidade, eqüidade e integralidade.

No princípio da universalidade está a garantia de que o sistema de assistência é para todos. Diferente de quando esta garantia era restrita às pessoas que estavam no mercado formal de trabalho, tinham suas carteiras de trabalhos assinadas e recolhiam para a Previdência Social.

O princípio da eqüidade visa diminuir as desigualdades. Isso significa que os grupos desiguais merecem tratamento especial, pois têm necessidades diferentes.

O princípio da integralidade orienta no sentido de que as pessoas sejam o centro da atenção e devam ser tratadas pelos serviços como um todo e não de forma fragmentada. Isso quer dizer que todas as necessidades da população e dos indivíduos devem ser atendidas, nos aspectos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Pressupõe ainda a articulação da saúde com outras políticas públicas geradoras de qualidade de vida e melhoria dos níveis de saúde. (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986).

Do ponto de vista da formação em saúde a acepção desses princípios deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e apropriação de conhecimentos que contribuam para redução das desigualdades sociais em saúde.

Um dos grandes desafios na formação em saúde é propor uma organização curricular em que o conceito de integralidade (que significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, onde para isso é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e pressupõe também a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos - Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986) perpassa a trajetória de cada curso, sem perder de vista que o perfil profissional acompanha a incerteza que caracteriza a definição do tipo de papel exigido na sociedade atual.

Quanto à sua organização institucional o sistema de serviços de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca os segmentos público e privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos três níveis de governo, que no nível federal são o Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), os hospitais universitários do Ministério da Educação e os serviços próprios das Forças Armadas.

Os níveis estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios das respectivas instâncias. A cobertura dos serviços públicos de saúde, complementada por serviços prestados pelos serviços privados contratados pelo governo sob a responsabilidade do SUS, chega a 75% da população.

O segmento exclusivamente privado compreende os serviços lucrativos pagos diretamente pelas pessoas e as instituições provedoras de planos e seguros privados. Na área hospitalar, o sistema se baseia predominantemente no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas (80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviço ao SUS são privados).

Por outro lado, 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos.

O SUS abrange o conjunto de ações realizadas nos três níveis de governo para atender às demandas sanitárias pessoais e às exigências ambientais. No que se refere a serviços assistenciais, as atividades se dirigem a indivíduos ou

coletividades, sendo prestadas em centros de atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

As intervenções ambientais compreendem o controle de vetores e hospedeiros, a operação de sistemas de saneamento ambiental e as relações e condições sanitárias dos ambientes de vida e trabalho. As políticas externas ao setor saúde se dirigem aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesses três campos, enquadra-se todo o espectro de ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde - promoção, proteção e recuperação.

Aos gestores federal e estaduais do SUS correspondem funções de normalização, e coordenação e de apoio técnico-financeiro, favorecedoras do desenvolvimento dos SUS municipais.

A atuação desses gestores deve promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais, de forma a compor os sistemas estaduais e o nacional. A eles também cabe assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde nos municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade (gestão plena).

O controle das doenças transmissíveis é realizado tradicionalmente mediante ações e programas específicos dirigidos pela Fundação Nacional de Saúde, com graus variáveis de articulação e coordenação interinstitucional. A criação do SUS e o processo geral de reestruturação do setor saúde exigem o desenvolvimento de novos modelos de gestão dessas ações, com descentralização gerencial para os municípios.

O sistema nacional de vigilância epidemiológica compreende um conjunto de normas e procedimentos técnicos a serem utilizados em todos os níveis do sistema de saúde, para tornar disponível informação relevante e oportuna que oriente as ações de controle de doenças e agravos específicos à saúde. No nível nacional, o Ministério da Saúde estabelece a relação de doenças que são de notificação compulsória em todo o país e define as normas correspondentes.

As secretarias estaduais e municipais de saúde têm a responsabilidade de operacionalizar ações em seus respectivos territórios, complementando orientações normativas e agregando, à lista nacional, outras doenças de importância regional ou local. Quando necessário, os órgãos técnicos do Ministério proporcionam apoio supletivo aos estados, inclusive na investigação de epidemias.

O sistema de vigilância está atualmente em processo de adequação às transformações do setor saúde brasileiro, buscando estruturar-se em bases locais. Isso implica a descentralização de ações tradicionalmente executadas por órgãos federais de saúde, e a capacitação do nível central para subsidiar os sistemas estaduais e municipais com instrumentos e informações de caráter predominantemente analítico e de avaliação.

Educação Permanente em Saúde

Passando a discussão para o âmbito da educação permanente em saúde, há designações políticas da reforma sanitária brasileira ao campo da formação no Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das áreas menos problematizadas até hoje na formulação de políticas do SUS é a da formação. Sempre referido, criticado e privado de proposições espontâneas, o campo carece de formulações construídas intelectualmente desde a gestão em saúde, essas operadas quase sempre desde as propostas conteúdo-curriculares.

Se o dever de Estado para com a saúde afirma como atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, esse deve interferir pela orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde.

A Constituição Nacional firmou que as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo três diretrizes, uma delas o atendimento integral, ou seja, a integralidade da atenção surge como princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde.

Especificamente em relação aos trabalhadores para esse setor, vamos encontrar na Constituição Nacional que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Na Lei Orgânica da Saúde, o título relativo aos recursos humanos assevera que a política para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive programas de permanente e aperfeiçoamento de pessoal.

Ensinar e aprender supõem custos, esforços, sacrifícios de toda a natureza. É preciso aprender algo que valha a pena. Isso quer dizer que não existe, na verdade, aprendizagem possível sem o reconhecimento, por parte daqueles que aprendem, de uma legitimidade, de uma validade ou de um valor próprio naquilo que é ensinado.

Toda pedagogia consciente de si como inútil, fútil, manipuladora ou mentirosa, destrói-se a si mesma. Toda aprendizagem se efetiva a partir da pressuposição de seu próprio valor.

A aprendizagem efetiva abre caminho para o espírito crítico, para a dúvida metódica, para a imprevisibilidade da busca e da reflexão. Mas é preciso ainda acreditar que as vias da reflexão e do pensamento propostas não são simulações e que o exercício da dúvida e do espírito crítico esteja garantido por uma exigência ou uma esperança de verdade.

As contradições existentes na estrutura dos cursos de formação, em geral, e na área da saúde, em particular, tendem a ressaltar a divisão entre trabalho e educação, tornando evidentes as diferentes formas de pensar o processo ensino-aprendizagem e de conceber a organização curricular e a produção do conhecimento como 'neutros' e desligados da realidade histórica e social que os constitui.

Sobre isso, Apple (1982) diz que a neutralidade permeia os pressupostos básicos da educação e se reflete nas representações hegemônicas e ideológicas quando troca os debates sociais e econômicos e mesmo os educacionais, por considerações de eficiência e de habilidades técnicas progressivamente despolitizadas, dirigidas pela instrumentalização neutra dos educadores.

Levando a discussão para a educação permanente em saúde a partir da conceituação de Freire (1971), “de que o processo de aprendizagem ocorre a partir da apropriação do aprendido e por sua transformação em apreendido, surgindo então as condições de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas” podemos dizer que os impasses no campo da relação entre trabalho e educação dizem respeito também à multiplicidade de termos e significados quanto à terminologia utilizada no campo da Educação para nominar processos educacionais que acontecem fora da educação dita formal.

Entre as expressões mais comumente utilizadas podemos destacar: reciclagem, treinamento, estágio, aperfeiçoamento, capacitação, educação continuada, educação permanente, formação continuada e formação permanente.

No que se refere à reciclagem, ao treinamento, ao aperfeiçoamento e à capacitação, os termos podem evidenciar momentos distintos de processos educativos continuados. No entanto, há possibilidade de colocar a educação continuada, a educação permanente, a formação continuada e a formação permanente em mesmo bloco, pois se encontra similaridade entre esses termos à medida que são empregados a partir de outro eixo da formação, que é a atividade profissional (Marin, 1995).

Lengrand (1973), no entanto, faz a crítica à introdução de novas expressões para identificar uma realidade que já está designada pelo termo estabelecido – educação permanente –, conceituando-a:

Entendemos por Educação Permanente uma ordem de idéias, de experiências e de realizações muito específicas, isto é, a educação na plenitude de sua concepção com a totalidade de seus aspectos e de suas dimensões, na continuidade ininterrupta de seu desenvolvimento, desde os primeiros momentos da existência até os últimos, e na articulação íntima e orgânica de seus diversos momentos e de suas fases sucessivas. (Lengrand, 1973).

No campo da educação em saúde há uma distinção clara entre educação continuada e permanente.

Os trabalhos da literatura sobre Educação Permanente em Saúde, – sendo em sua maioria os documentos da Organização Pan-americana de Saúde - indicam diferenças teórico-metodológicas importantes entre os termos permanente e continuada, sendo a mais relevante, segundo Davini (1994), a de ter como objeto de transformação o próprio processo de trabalho, que é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem.

A educação permanente possui uma lógica descentralizante, ascendente e interdisciplinar. Pode-se por meio da educação permanente promover a democratização das instituições, aprender a aprender e a trabalhar em equipe, na construção de um novo modelo de atenção à saúde, bem como a formação de sujeitos participativos, críticos e éticos.

As propostas de Educação Permanente em Saúde foram promovidas pela Organização Pan-americana de Saúde durante a década de 70 e configuravam-se como mecanismos para manutenção e extensão da competência profissional, principalmente no âmbito da profissão médica.

Na década de 80 iniciou-se um processo de análise crítica sobre problemática da educação na área da saúde e, em especial, sobre a educação permanente dos profissionais do setor. Em decorrência desse processo, surgiram projetos cujo foco principal era a orientação da Educação Permanente em Saúde para os aspectos da promoção humana, da dimensão participativa do trabalho em equipe e da integração entre Educação e Serviços, tendo em vista a mudança concomitante das práticas, da técnica e do social no contexto do trabalho em saúde (Mercer et al., 1992).

Vem sendo desenvolvida pela Organização Pan-americana de Saúde, desde 1988, a proposta de reorientação da Educação Permanente em Saúde dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde. Há nesta proposta um consenso sobre o processo educacional permanente desses trabalhadores ser um conjunto de ações de trabalho-aprendizagem que ocorre a partir de situação-problema em espaço do trabalho em saúde, conforme ressalta Haddad (1994).

O termo Educação Permanente é recente e por isso vem sendo discutido há pouco tempo. Quem primeiro falou em Educação Permanente em Saúde na América Latina foi a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Desde 2003, o Ministério da

Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), para coordenar nacionalmente a política de Educação Permanente no SUS.

Assim, como ressaltado anteriormente, educação continuada e educação permanente são duas coisas bem diferentes e uma não exclui ou substitui a outra.

A principal diferença é que a segunda nasce a partir do processo de trabalho e refere-se a qualquer tipo de processo pedagógico, não apenas à realização de cursos.

Já para entender a educação continuada, basta pensar numa enfermeira que vai fazer atualização em urgências e emergências porque decidiu que essa é a especialidade que quer seguir. Ou, referente à educação permanente, onde num hospital que tem recebido muito pacientes com dengue, por exemplo, o diretor decide solicitar uma aprendizagem em serviço sobre epidemiologia da doença para aprofundar ou atualizar os conhecimentos dos profissionais envolvidos.

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 198, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

A Educação Permanente em Saúde, tal como concebida pelos gestores do MS, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao trabalho cotidiano.

Com o objetivo de marcar as diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente, técnicos da Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação em Saúde elaboraram o quadro a seguir:

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside/ define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo Principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a serem trabalhados.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modo de Operação	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão: possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades Educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada, esgotada em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos / equacionados. Quando necessárias as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção – gestão – educação – controle social articulado), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes de atenção básica em temáticas específicas, prioritárias, instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Tabela 2 – Educação Continuada X Educação Permanente

O objetivo central da proposta de educação perante é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Sublinha-se, nesta concepção, que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos de transformação das práticas e não seu foco central, em contraposição ao conceito de “educação continuada”, em que o conhecimento preside e define as práticas. Isso significa romper com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente,

Um ponto importante nessa nova perspectiva é a constatação de que o processo de formação das pessoas/profissionais não ocorre apenas nos espaços formais de

ensino, nas organizações da instituição de ensino: universidades, escolas, cursos etc. e que o processo de formação não depende apenas de livros e de professores.

Durante o trabalho há formação e isso pode ser sistematizado – com a criação de mecanismos que estruturam esse processo no cotidiano. Aprende-se com os usuários, com os colegas de trabalho, com o conhecimento de outras áreas etc.

Inúmeras outras correntes trabalham nessa perspectiva. A novidade é que a Educação Permanente, em geral, valoriza uma metodologia construtivista, com base na prática e em problemas concretos para armar o projeto de aprendizado.

José Inácio Motta (2002), professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), afirma que a educação permanente traz três desafios principais para as instituições de saúde:

- como construir mecanismo de consenso e enunciados coletivos entre instituições que se reconhecem diferentes e às vezes até competitivas.
- aprender a formular política local, já que eles estavam acostumados a executar uma política formulada por outros, principalmente pelo Ministério da Saúde.
- envolver novos atores nesse processo, como os estudantes e os movimentos sociais.

Ramos Barbieri (1997) aponta alguns possíveis nós críticos capazes de dificultar a construção e operacionalização de um projeto de formação continuada:

- distanciamento da Academia quanto ao desenvolvimento de pesquisas e / ou projetos educacionais que considerem o saber produzido para fundamentar a realização de trabalho que vise a atenção integral a um sujeito, o que exige não apenas várias especialidades e / ou disciplinas, mas também sua articulação e intercessão diante dos desafios que emergem do cotidiano das práticas;
- recomendações das políticas de saúde expressas nos manuais, que exigem prática multiprofissional, em equipe, quando o currículo específico e fragmentado da formação básica e / ou contínua dos diferentes profissionais sustenta-se na produção científica das disciplinas e não no processo educacional.

Ao fazer referência às recomendações das políticas de saúde, Ramos Barbieri assinala que a metodologia utilizada faculta a permanência das dicotomias preventivo / curativo; teoria / prática que limitam as práticas e colocam sua sistematização em segundo plano.

Gimeno Sacristan (1998) chama a atenção para o fato de que “se o currículo é ponte entre a teoria e a ação, entre intenções ou projetos e realidade, é preciso analisar a estrutura da prática onde fica moldado. Uma prática que responde não apenas às exigências curriculares, mas está, sem dúvida, profundamente enraizada em coordenadas prévias a qualquer currículo e intenção do professor. Por tudo isso, a análise da estrutura da prática tem sentido colocando-a desde a ótica do currículo concebido como processo na ação. É agora o momento decisivo da análise da prática pedagógica na qual se projetam todas as determinações do sistema curricular, onde ocorrem os processos de deliberação e onde se manifestam os espaços de decisão autônoma dos seus mais diretos destinatários: professores e alunos”.

Os eixos curriculares não propiciam as interfaces / articulações disciplinares, expressando-se, na prática, pelas ações paralelas e isoladas dos vários trabalhadores que compõem as equipes dos Serviços.

Tais questões sinalizam para a necessidade da criação de uma consciência interdisciplinar.

Por sua vez, não há critérios claros de avaliação da produção da prática, refletindo-se na escassez de trabalhos científicos e na pouca relação técnica com outros níveis da atenção, chegando a prejudicar a integralidade da mesma.

Em geral, as avaliações existentes não centram suas análises no resultado do trabalho como um todo, assim como não consideram que a Unidade de Saúde se coloca dentro de uma rede mais abrangente, a qual lhe proporcionará a construção do conhecimento para pensar as questões que lhe são inerentes, além de dar respostas aos programas.

Ramos Barbieri (1997) destaca ainda que o aluno fica apenas com uma vaga lembrança de como se deu o processo educativo, porém conserva a forte presença

do conteúdo específico das disciplinas. Isso porque a cobrança do domínio do cognitivo é mais forte em todo o processo de formação, mas é precária a avaliação das relações das disciplinas e ou áreas temáticas entre si.

Não permanece a cultura correspondente a uma vivência grupal – trabalhos e discussões conjuntos, entre outros – que poderia construir a base da futura equipe.

Da mesma forma, não se desenvolve a capacidade de articulação, que é o fundamento básico da aprendizagem, dado que dessa forma ele não se constitui sujeito dessa aprendizagem.

Existe um projeto de ensino que contemple essa questão?

Sabemos que na saúde esses elementos não estão presentes na Graduação, nas várias residências ou Especializações, ou estágios por onde passa o trabalhador, uma vez que a marca é o desempenho técnico.

Quando o trabalhador volta para o meio acadêmico nos cursos stricto sensu, apesar de encontrar aí as condições que lhe permitam refletir criticamente, isso ocorre em nível individual e de forma distanciada.

Qual seria então o projeto que daria conta da chamada educação permanente em serviço? As residências, o treinamento em serviço nos moldes em que estão organizados?

O quadro é confuso não só pela variedade de conceitos, mas porque falta o saber estruturado para uma educação permanente que contemple os requisitos para a formação e para o desempenho no trabalho.

Aprendizagem em Serviço

Novos modos de pensar e organizar os processos de trabalho em saúde tornam necessários novos tipos de saberes: trabalhar em equipe, pensar a organização no seu todo, agir estrategicamente a partir de raciocínios de antecipação.

Nesse contexto, a formação passa a ser um componente essencial da gestão dos recursos humanos. Através de uma estratégia de formação global e interativa, é possível construir uma visão partilhada sobre os processos de trabalho, das suas finalidades, dos meios de ação, dos valores que estão subjacentes.

É esta dimensão coletiva que permite sublinhar quer a possibilidade de os indivíduos aprenderem em serviço, quer a possibilidade do próprio serviço aprender, reforçando a sua capacidade de mudança.

De acordo com Rui Canário (2001), no campo da formação profissional, a tradicional dicotomia entre o lugar de «aprender» e o lugar de «fazer», característico do modo escolar, tende a ser contrariada por uma tendência no sentido de uma forte finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho. Essa valorização da articulação das práticas de formação com os contextos de trabalho está associada quer à crescente importância do fator trabalho, relativamente ao fator capital, bem como à evolução do conceito taylorista de mão de obra para o conceito de recursos humanos.

Segundo o autor, as formações clássicas, escolarizadas, dirigidas à capacitação individual para o «posto de trabalho» são reconhecidamente ineficazes quando está em jogo a necessidade de produzir mudanças organizacionais.

A otimização do potencial formativo dos contextos de trabalho passa, em termos de formação, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que facilitem a transformação das experiências vividas no cotidiano profissional, em aprendizagens a partir de um processo autoformativo, marcado pela reflexão e a pesquisa, a nível individual e coletivo.

O exercício do trabalho ganha contornos qualificantes com base na coexistência e sobreposição entre uma função de produção e uma função de aprendizagem.

É esta articulação entre novos modos de organizar o trabalho e novos modos de organizar a aprendizagem em serviço que facilita e torna possível a produção simultânea de mudanças individuais e coletivas. Os indivíduos mudam, mudando o próprio contexto em que trabalham.

Para que haja mudança nos processos de trabalho, é condição necessária que mudem, em simultâneo, as crenças os valores e atitudes dos que, pela sua ação, construíram esse processo.

A formação aparece, fundamentalmente, como um processo de mudança de representações dos atores e do modo dominante como são estruturadas as suas interações.

Ainda segundo Canário (2001), no processo de aprender fazendo, o educando constrói seu conhecimento e desenvolve habilidades e valores a partir de experiências diretas. Desse modo, ele é ativamente engajado intelectualmente, emocionalmente, socialmente e fisicamente na solução de problemas, assumindo responsabilidades, sendo criativo e construindo significados. O uso de metáforas, associando as situações-problema às do dia-a-dia, fornece um ambiente didático de auxílio na aprendizagem e na mudança de comportamento.

Com isso ampliamos a retenção do aprendizado e o compromisso com as mudanças, já que enquanto agimos adquirimos maior consciência de nossas possibilidades. Além disso, enquanto participante ativo em um processo, cada indivíduo se sente mais motivado e mais comprometido com o mesmo.

Da mesma forma, Freire (1999), aborda a aprendizagem, analisando o ensino, que só é válido quando o aprendiz é capaz de recriar, e é um processo que pode desencadear uma curiosidade crescente tornando, assim, o aprendiz mais criativo.

Na sua análise, construir o conhecimento é o exercício da curiosidade, da capacidade crítica de comparar, de perguntar. É importante estimular a pergunta, a reflexão crítica sobre o que se pretende com esta ou com aquela pergunta em lugar da passividade em face das explicações discursivas do professor. O fundamental é que professor e alunos saibam que a postura deles, do professor e dos alunos, é aberta, curiosa, indagadora e não estática, enquanto fala ou enquanto ouve.

Freire (1996) aborda a aprendizagem analisando o ensino, que se torna válido quando o aprendiz tem a capacidade de criar e, a partir desse processo, de desencadear uma curiosidade crescente, como uma função exponencial, transformando o aprendiz num indivíduo mais criativo. A partir dessa análise de

Freire, construir o conhecimento é o exercício da curiosidade, da capacidade crítica de comparar, de perguntar. Pode-se dizer, então, que essa aprendizagem está sustentada por uma concepção dialética em que educador e educando aprendem juntos numa relação dinâmica na qual a prática, orientada pela teoria, reorienta essa mesma teoria, num processo de constante aperfeiçoamento.

Não se conscientiza um indivíduo isolado, mas sim uma comunidade, quando ela é totalmente solidária a respeito de uma situação-limite comum. Assim, a educação é concebida como um momento do processo global de transformação revolucionária da sociedade, um desafio a toda situação pré-revolucionária, e sugere a criação de atos pedagógicos humanizantes, que se incorporam numa pedagogia da revolução.

Gadotti (2002) afirma que o construtivismo freireano mostrou não só que todos podem aprender, mas que todos sabem alguma coisa e que o sujeito é responsável pela construção do conhecimento e pela ressignificação do que aprende. Aprender e alfabetizar-se são atos tão naturais quanto comer e andar. Mas a criança, o jovem e o adulto só aprendem quando têm um projeto de vida, em que o conhecimento é significativo para eles. É o sujeito que aprende através de sua própria ação transformadora sobre o mundo. É ele que constrói suas próprias categorias de pensamento, organiza o seu mundo e o transforma.

Desta maneira, o ensino voltado para a reflexão e crítica se traduz por um trabalho a ser concretizado pelo docente e pelo aluno, atuando de acordo com um objetivo comum. Implica a presença do sujeito crítico capaz de desenvolver um ensino que procura, por um lado, superar a relação pedagógica autoritária, paternalista e, de outro, busca uma ação recíproca entre docente e aluno.

De acordo com Perrenoud (1997), as novas práticas de ensino/aprendizagem, como é o caso da aprendizagem em serviço, são orientadas para a reflexão e a crítica e se caracterizam em geral pelos seguintes aspectos:

a) importância dada ao aluno, como sujeito ativo da sua aprendizagem, mais do que ao docente enquanto transmissor de conhecimentos;

- b) a insistência sobre a construção progressiva de saberes e de saber-fazer, não só através de uma atividade adequada, mas também através de interações sociais tanto entre os alunos como entre o professor e os alunos;
- c) vontade de levantar obstáculos entre as disciplinas, de privilegiar as competências funcionais e globais em oposição à aquisição de noções e saberes fragmentados;
- d) vontade de tornar o ensino receptivo à vida, de consolidar as aprendizagens nas experiências, na vivência dos alunos;
- e) respeito pela diversidade das personalidades e das culturas;
- f) valorização da autonomia do aluno, da orientação do grupo, pelo menos dentro de certos limites;
- g) valor consagrado à motivação intrínseca, ao prazer, a vontade de descobrir e de fazer, em oposição ao método de promessas e ameaças;
- h) importância dada aos aspectos cooperativos do trabalho e do funcionamento do grupo, em oposição as tarefas estritamente individuais e a competição entre os alunos;
- i) importância dada à educação e ao desenvolvimento da pessoa, em oposição a uma ênfase sobre os saberes ou o saber-fazer.

Perrenoud (1997) chama a atenção para o fato de que esta nova didática exige mais dos alunos, pois:

“são colocados perante escolhas muito abertas, mas também mais complexas e para alguns mais angustiantes. Uma didática tradicional encerra os alunos numa rede cercada por obrigações e controles. Uma nova didática leva-os para um turbilhão de projetos e de possibilidades (...). O seu contrato torna-se simultaneamente mais incerto e mais exigente. Os alunos deixam de se contentar com o fazer simplesmente o seu trabalho. Pedimo-lhes para serem ativos, inventivos, para terem idéias, para tomarem iniciativas, para assumirem responsabilidades, para serem simultaneamente autônomos e capazes de trabalharem em grupo, suficientemente investidos no seu trabalho para levarem as tarefas a cabo, suficientemente descentrados para negociarem a divisão do trabalho e os projetos com os outros. Mesmo que estas exigências não se acumulem constantemente, definem um outro ofício de aluno, exigindo novas estratégias.”

Diante disso, é possível acreditar que os alunos possam construir criticamente a consciência de que a educação não é o único meio pelo qual a sociedade se transformará. Ambos precisam ter profundidade e não superficialidade na compreensão e interpretação da realidade dos fatos. Necessitam compreender que como profissionais e pessoas, contribuirão para transformar a sociedade. Sociedade essa, em constante mudança.

No processo de aprendizagem em serviço, as buscas ativas e interativas já se iniciam a partir da demanda pelo conhecimento prévio e o questionamento gerado no próprio grupo com interação e troca de experiências. Há um segundo passo na busca individual e coletiva pelos objetivos de aprendizagem propostos e um momento de análise e síntese na sessão de consolidação, caracterizado como um diálogo entre o grupo de alunos e o interlocutor propiciando o aprofundamento teórico-reflexivo, balizando e certificando esse momento de aprendizagem.

A discussão a partir das situações vivenciadas no cotidiano dos alunos reafirma, ainda mais, esse processo de busca ativa e interativa.

Ao visualizarmos um processo de educação permanente capaz de promover habilidades para o trabalho em equipe, estamos nos preparando para as incertezas que fazem parte da complexa sociedade moderna.

Campos (1997), refere que o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, a incertezas, a aleatoriedades, o que exige improvisação, criatividade e iniciativa, para lidar com os desafios postos pela realidade social em que estão inseridos os serviços de saúde.

Esse processo pessoal, coletivo e articulado, tem como ponto de partida a realidade e o ponto de chegada a realidade transformada.

Alguns autores argumentam que a aprendizagem em serviço tem sua origem e inspiração nas idéias discutidas por John Dewey, especialmente em sua crença de que os professores deveriam ensinar estimulando os alunos a cultivar os instintos naturais de investigar e criar.

Portanto, para compreender melhor os aspectos constituintes da aprendizagem em serviço, suas origens e inspirações, é muito importante a análise das idéias de Dewey.

A ele se deve a famosa expressão “learning by doing”. Dewey punha uma ênfase especial na experiência, na aprendizagem experiencial, a aprendizagem veiculada pela experiência direta, aprender experimentando, fazendo, construindo o conhecimento, para ele a experiência deveria acompanhar sempre os conceitos, até mesmo, precedê-los.

A essência da Teoria Lógica ou Teoria da Investigação de Dewey consiste na generalização do método científico aplicado em todas as áreas do conhecimento e na própria vida do homem. Esta teoria bastante extensa e bem fundamentada foi sintetizada por Anísio Teixeira em um artigo para a Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.

Nesta síntese, Teixeira explica que, para Dewey, o conhecimento é o resultado de um processo de indagação do homem na tentativa de resolução de um problema que tenha elementos desconhecidos por ele. O saber do homem significa a capacidade de visualizar a complexidade da situação, de descobrir e utilizar os dados já existentes, manipulando-os apropriadamente para chegar a conclusões, testadas ou comprovadas.

Em sua visão, o ser vivo nunca tende ao imobilismo, mas sim a uma nova integração, buscando sempre o crescimento ou o desenvolvimento. O processo de investigação não é nenhum ato independente da mente, mas uma interação entre o organismo e o meio, uma vez que estes não existem independentemente.

A linguagem e o meio cultural fazem do homem um ser racional, distinguindo-o dos outros seres vivos, pois a adição destes dois elementos às transformações do comportamento basicamente biológico, fornece os requisitos para o comportamento intelectual do homem.

Os problemas e necessidades do homem são resolvidos pelas instituições, pelos hábitos, pelas crenças, pelas artes e pelos conhecimentos, que ele construiu e

obteve em sua experiência, transformando em um processo contínuo de investigação, aprendizagem e descoberta.

A "Lógica", segundo Dewey, nada mais é que o desdobramento deste processo de pesquisa, a maneira de se conduzir esta pesquisa, se definindo no processo de adquirir conhecimento. Este processo de pesquisa pode ser propriamente científico, ou não, já que o conhecimento humano é, de certo modo, um só.

Com base nestas idéias, Dewey concluiu que a concepção da Ciência poderia servir de modelo de metodologia educacional em todas as etapas do ensino.

Dewey acreditava que o desenvolvimento da pessoa se daria em conjunto com o desenvolvimento da sociedade, na qual a educação seria um processo social natural para a transmissão e continuidade das crenças, idéias e conhecimentos das pessoas. A escola, pelo seu caráter social, deveria ter seus conteúdos de ensino organizados de forma integrada, a partir de uma organização lógica articulada para a vida em sociedade.

Segundo Dewey, a educação tem como finalidade propiciar ao indivíduo condições para que resolva sozinho seus problemas, habilitando-o para que tenha consciência e condições de enfrentar os obstáculos, sendo um agente ativo no processo de aprendizagem. Assim, para ele, vida, experiência e aprendizagem estão interligadas, de tal forma que a função da escola consiste em possibilitar uma reconstrução das experiências reais, instigando no aluno seu instinto natural para a investigação e levando-o a estar sempre motivado a aprender.

Ao analisar as idéias de Dewey é possível perceber semelhanças com as idéias de Paulo Freire: a idéia de "aprender fazendo", o trabalho cooperativo, a relação entre teoria e prática, o método de iniciar o trabalho educativo pela realidade dos alunos.

Mas encontramos uma diferença na noção de cultura. Em Dewey, ela não envolve a problemática social, racial e étnica, ao passo que, em Paulo Freire, ela adquire uma conotação antropológica, já que a ação educativa é sempre situada na cultura do aluno.

Para Paulo Freire, as finalidades da educação são vistas sob uma ótica libertadora, a educação deve ligar-se à mudança estrutural da sociedade opressiva, embora ela não alcance esse objetivo imediatamente e, muito menos, sozinha.

Paulo Freire é um dos educadores que defende que toda a ação educativa deve partir da realidade social e dos interesses dos alunos, visando o conhecimento da realidade para ter condições de nela intervir.

Para Veiga (1994), uma prática pedagógica reflexiva é aquela que não rompe com a unidade entre teoria e prática. Para esta autora “a prática pedagógica tem um caráter criador e tem, como ponto de partida e de chegada, a prática social, que define e orienta sua ação. Procura compreender a realidade sobre a qual vai atuar e não aplicar sobre uma lei ou um modelo previamente elaborado. Há preocupação em criar e produzir uma mudança, fazendo surgir uma nova realidade material e humana qualitativamente diferente”.

Uma prática pedagógica reflexiva, ou seja, o ensino com reflexão e crítica, pressupõe: o vínculo da unidade indissolúvel entre teoria e prática, entre finalidade e ação, entre saber e o fazer, entre concepção e execução, ou seja, entre o que o docente pensa e o que ele faz; acentuada presença de consciência; ação recíproca entre docente, aluno e realidade; uma atividade criadora (em oposição à atividade mecânica, repetitiva e burocratizada); um momento de análise e crítica da situação e um momento de superação e de proposta de ação. (Veiga, 1994).

Nesta linha de ensino, Cunha (1997) apresenta o ensino como produção do conhecimento, tendo as seguintes características:

- a) valoriza a ação, a reflexão crítica, a curiosidade, o questionamento exigente, a inquietação e a incerteza, característica do sujeito cognoscente;
- b) valoriza o pensamento divergente, parte da inquietação e/ou provoca incerteza;
- c) percebe o conhecimento de forma interdisciplinar, propondo pontes de relação entre eles e atribuindo significados próprios aos conteúdos, conformidade com os objetivos acadêmicos;

- d) valoriza a qualidade dos encontros com os alunos e deixa a estes, tempo disponível para estudo sistemático e a investigação orientada;
- e) concebe a pesquisa como atividade inerente ao ser humano, um modo de apreender o mundo, acessível a todos e em qualquer nível de ensino, guardadas as devidas proporções;
- f) entende a pesquisa como um instrumento de ensino e a extensão como ponto de partida e de chegada da apreensão da realidade;
- g) requer um professor inteligente e responsável, capaz de estimular a dúvida e orientar o estudo para a emancipação;
- h) entende o professor como mediador entre o conhecimento, a cultura e a condição de aprendiz do estudante.

Dessa forma, faz-se necessário o emprego de uma metodologia que permita a maior integração possível entre teoria e prática, cujo ponto de partida se diferencia substancialmente do enfoque tradicional.

“Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém” (FREIRE, 1999).

Um aspecto importante a ser ressaltado é que ao exaltarmos a aprendizagem no trabalho, não podemos perder de vista de que as novas tendências podem incluir em uma ou mais etapas, atividades deliberadamente planejadas para a sala de aula, como uma parte do processo, integrada dentro de um projeto educativo mais amplo, em que os momentos de trabalho em aula são momentos de retroalimentação para a análise da prática e o planejamento de novas ações.

Conceito de Currículo

Considerando os objetivos a que esse trabalho se propõe torna-se imperativo discutir a concepção de currículo da qual partimos, assim como os fundamentos do processo ensino-aprendizagem que foram considerados ao eleger para análise um processo de aprendizagem em serviço pautado na concepção de diversificação de *cenários de aprendizagem* como objeto de estudo.

Cenários de Aprendizagem é um conceito amplo, que “diz respeito à incorporação e à inter-relação entre métodos didático-pedagógicos, áreas práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras. Envolve o local onde se praticam as ações, os sujeitos nelas envolvidos, o conteúdo do que se faz etc. Eles se relacionam também com os valores éticos e morais que orientam as condutas individuais e coletivas”. (Feuerwerker, 2002).

Não falamos aqui do currículo como uma soma de conteúdos , mas sim de uma visão mais ampla que inclui, além dos conteúdos, objetivos e métodos, a discussão sobre a organização do tempo e do espaço, a importância das relações de ensino e das interações sociais na construção do conhecimento, da aprendizagem significativa, avaliação, a diversidade das realidades sócio-culturais dos alunos, abrangendo, assim, as relações entre todos esses aspectos.

A razão de ser do currículo é a de explicitar o projeto educativo que preside as atividades educativas (Coll,1996) apontando as intenções e o plano de ação para sua realização.

Ainda segundo Coll, entende-se que o currículo situa-se justamente entre as intenções, princípios e orientações gerais e a prática pedagógica, sendo sua função evitar a dicotomia entre esses dois extremos. Como instrumento para orientar as ações dos professores, o currículo não deve suplantam a iniciativa e responsabilidade desses profissionais, restringindo-os a meros executores de um plano de ação.

Dessa forma, o currículo se constitui não só nas oportunidades que o ambiente de aprendizagem provê para seus alunos, mas também no modo pelo qual os

educandos vivem essas oportunidades, no sentido de ampliar sua concepção de mundo, sociedade, homem.

Assim, o currículo vai muito além de uma grade de disciplinas, de um arranjo de conteúdos, ele é acima de tudo uma construção sócio-cultural que revela seu compromisso com os sujeitos, com a prática social, com a história, com a sociedade e com a cultura.

Os conteúdos tradicionalmente têm sido definidos a partir da estrutura das disciplinas independente de qualquer contato prévio com os alunos, mesmo quando há um discurso de que a realidade dos alunos é o ponto de partida. Essa forma de organização do ensino arraigou-se entre nós de tal forma que qualquer outra maneira gera desconforto, especialmente entre aqueles que não têm acompanhado os estudos mais atuais na área de Currículo que propõem um total redimensionamento em questões relacionadas ao processo de educação, tendo em vista a demanda imposta pela realidade histórico-sócio-cultural.

O caráter histórico do ser humano faz com que o homem, ao produzir sua existência interfira na realidade. O homem se constitui nas relações com o outro e é síntese desse mesmo processo e ao construir condições de sobrevivência, produz a realidade e conseqüentemente produz conhecimento, como sujeito de sua própria história.

O conhecimento é construído socialmente, seguindo o caminho do interpessoal para o intrapessoal (Vygotsky, 1996). Portanto, a construção do conhecimento não se dá de forma linear e fragmentada, nem pela junção de disciplinas amontoadas, mas processo interdisciplinar, vibrante, de expansão e recolhimento, de ir e vir, constituindo-se num movimento cíclico, onde o modelo mental que o representaria seria a de um espiral.

Assim, conhecer é mais do que adquirir ou incorporar informações, passa por entender e intervir no contexto vivido, ou seja, significa olhar para a realidade com atenção, refletir sobre ela, buscando entender as relações que se estabelecem em todas as dimensões da vida. Nesse sentido, a realidade se forma a partir da multiplicidade de saberes que a fundamentam.

Para Bumham (1993), currículo significa um “processo social, que se realiza no espaço concreto escola, com o papel de dar àqueles sujeitos que aí interagem, acesso à diferentes referenciais de leitura e relacionamento com o mundo, proporcionando-lhes não apenas um lastro de conhecimentos e de outras vivências que contribuam para a sua inserção no processo da história, como sujeito do fazer dessa história, mas também para a sua construção como sujeito (quicá autônomo) que participa ativamente do processo de construção e de socialização do conhecimento e, assim, da instituição histórico-social de sua sociedade. Na construção desse sujeito, o currículo significa um dos principais processos, na medida em que aí interagem um coletivo de sujeitos-alunos e sujeitos-professores, além de outros que não estão tão diretamente ligados à relação formal de ensinar-aprender. Nesta interação, mediada por uma pluralidade de linguagens: verbais, imagéticas, míticas, rituais, mímicas, gráficas, musicais, plásticas... e de referenciais de leitura de mundo — o conhecimento sistematizado, o saber popular, o senso comum... — os sujeitos, intersubjetivamente, constroem e reconstroem a si mesmos, o conhecimento já produzido e que produzem as suas relações entre si e com a sua realidade, assim como, pela ação (tanto na dimensão do sujeito individual quanto social), transformam essa realidade, num processo multiplamente cíclico, que contém, em si próprio, tanto a face da continuidade, como a da construção do novo”

Nesse movimento, é importante a assimilação de conteúdos que tenham significado no processo de produção da realidade e que remetam ao entendimento do modo de construção dessa realidade. Nesse contexto, é fundamental, portanto O quê se ensina, porquê se ensina, para quê se ensina, para quem, quando e como.

Se o homem se constitui nas relações com o outro, não poderia ser diferente o seu processo de aprendizagem.

O cerne do processo ensino-aprendizagem é então o exercício dessas relações é a partir daí que se dá a construção do conhecimento, sendo que isso não ocorre sem que haja intencionalidade, pois quem aprende, aprende alguma coisa, com alguém, de certa forma, num determinado momento, por isso é importante que aquele que ensina conheça as características e o potencial de quem aprende e que seja dinâmico e criativo para instigar o raciocínio de quem aprende, colocando questões que o levem a refletir, questionar, pesquisar, explicar, desenvolver sua capacidade de entendimento dos fatos produzidos na realidade.

Vencer a fragmentação dos conteúdos exige um posicionamento político, no sentido de questionar práticas cristalizadas.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

Este capítulo de Metodologia fundamenta a organização dos dados, articulando-os com as categorias teóricas resultantes da análise da literatura e dos documentos, assim como com as categorias empíricas retiradas do tratamento dos dados colhidos.

Desse modo, o trabalho como um todo, ainda que tenha identidade própria na escrita, está intimamente relacionado ao diálogo com as referências bibliográficas durante e depois da ida ao campo.

Para atingir o objetivo proposto, parte-se da descrição analítica de uma experiência formativa de profissionais de saúde desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

Os eixos privilegiados para o trabalho foram o design curricular com ênfase na sua dimensão da aprendizagem em serviço, sendo que foram focalizadas duas perspectivas de análise: a primeira refere-se à construção do curso, envolvendo a singularidade da experiência do aluno como centro do processo de aprendizagem, a avaliação, figura do monitor, analisando o seu papel no processo ensino-aprendizagem.

A coleta de dados se fez por meio de análise de documentos, registros advindos da observação de grupos focais de avaliação e questionário.

A metodologia para esse estudo é fundamentada em uma abordagem centrada no paradigma interpretativo. Essa abordagem trata do contexto social e histórico na tentativa de ir além das condições objetivas, buscando entender a dimensão subjetiva da experiência humana.

Pretendeu-se, a partir da distinção de particularidades sem perder de vista o todo, estabelecer a singularidade do objeto de estudo proposto através de sua realidade e da possibilidade, do conteúdo e da forma, do necessário e do emergente e do que é específico e do que é geral.

Essa condição levou-nos à investigação qualitativa – expressão utilizada neste estudo como termo abrangente que agrupa diversas estratégias de investigação – tendo como centro a percepção das pessoas envolvidas em determinada situação

que se pretende estudar, nela permitindo identificar as características, variações e formas que assumem atos e atividades e como tal situação se manifesta em geral, conforme pontua Minayo (1992).

As várias estratégias utilizadas, constituintes das etapas metodológicas que possibilitaram o alcance dos objetivos desse estudo, podem ser explicitadas de acordo com o esquema sugerido por Deslandes (1997) em sua proposta de metodologia qualitativa para avaliação de serviços e ações em saúde:

1. Etapa – descritiva, de caracterização da atuação do serviço mediante pesquisa e análise das informações disponíveis, visando a um conhecimento aprofundado, dos principais objetivos institucionais do programa, da metodologia prescrita, dos dados estatísticos produzidos, das estratégias e dinâmica do curso, dos recursos utilizados; o processo de seleção, entre outros aspectos.
2. Etapa – Revisão teórica sobre os conceitos sobre os quais este estudo está embasado;
3. Etapa – trabalho de campo propriamente dito, em que se busca o conhecimento empírico sobre o programa, com o objetivo de conhecer o cotidiano e as relações entre os sujeitos sociais envolvidos, os fatores de sucesso, os problemas e os antagonismos latentes.

Foi aqui realizado por meio de pesquisa documental, de questionários que foram respondidos pelos alunos e egressos e observação direta em grupos focais com alunos, egressos, coordenadores de áreas técnicas, coordenadores de serviços como os laboratórios que dão apoio às investigações de surtos, e representantes de secretarias estaduais. Esses grupos fizeram parte de uma avaliação externa, coordenada por membros de universidades federais a convite da Secretaria de Vigilância em Saúde.

4. Etapa – análise propriamente dita, de caráter hermenêutico-dialético, segundo propõe Minayo (1992), na qual se buscou a articulação dos referenciais teóricos referentes à temática, com os dados primários e secundários extraídos do trabalho de campo. A análise é hermenêutica porque tem caráter

interpretativo e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese.

É importante esclarecer que essas etapas, aqui descritas de forma esquemática, se interpenetraram nas fases de leituras de modo que a interação das variáveis empíricas e teóricas já construídas possibilitasse o aprofundamento do conteúdo das mensagens, como acentua Minayo (1992).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, como ressalta Minayo sendo a diferença com outros métodos apenas de natureza, não existindo oposição e, sim, relação de complementaridade (Minayo, 1992).

Não se perdeu de vista o equilíbrio necessário para que fossem apreendidas as dimensões pessoais e profissionais dos alunos e egressos, assim como o contexto e a estrutura que os circundam.

A opção pela análise de um programa, ao invés de estabelecer comparação com outros, encontra sua razão de ser na relevância do estudo de caso na pesquisa qualitativa, que permite ter como objeto uma unidade, que é examinada de modo mais pormenorizado.

O estudo de caso consiste na análise detalhada de um contexto, situação ou indivíduo em fonte documental única ou de acontecimento específico.

Para Gil (1991), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de uma unidade empírica de análise, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento. Entre as principais vantagens encontram-se:

- o estímulo a novas descobertas em virtude da flexibilidade do planejamento, o que pode levar o pesquisador a dispor de um plano inicial e, ao longo da pesquisa, ter o seu interesse despertado por outros aspectos que não havia previsto. Muitas vezes, o estudo desses aspectos torna-se mais relevante para a solução do problema do que os considerados inicialmente;
- a ênfase na totalidade, onde o pesquisador volta-se para a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo;

- a simplicidade dos procedimentos.

De acordo com Minayo (1992) a amostra, por não ser numérica – dado que a unidade de análise é o conjunto de entrevistados –, é aquela capaz de representar a totalidade no aprofundamento e abrangência da compreensão em suas múltiplas dimensões.

Para o estudo de caso, utilizou-se além da do questionário, da observação direta intensiva não-participante, onde o pesquisador mantém contato com a comunidade, grupo ou realidade, mas sem integrar-se a ela.

Segundo Marconi & Lakatos (1990), a observação não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos e/ou fenômenos que se deseja estudar. Essa técnica traz vantagens como o estudo de uma ampla variedade de fenômenos, a coleta de dados sobre atitudes comportamentais típicas e a evidência de dados não constantes do roteiro de entrevistas ou de questionários.

A observação dos grupos focais permitiu o alcance das dimensões explicativas que os dados exigem. Realizou-se ao longo de oito horas diárias, durante quatro dias.

O registro foi feito em um "diário de campo", que serviu para o registro de informações gerais de importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Tais anotações contribuíram para retratar, de modo mais aproximado, a visão dos atores sociais que fazem parte do universo pesquisado.

O grupo focal tem por finalidade evitar a tendência para a pesquisa de opinião ou, em outro extremo, a supervalorização da elaboração teórica na pesquisa de campo. Em um primeiro momento, serviu de base para melhor fundamentação do questionário. Na segunda etapa, após ordenação e classificação dos dados colhidos nos questionários, enriqueceu a reflexão acerca de categorias empíricas mais relevantes.

A técnica do grupo focal é uma técnica qualitativa que tanto pode ser utilizada sozinha como em combinação com outras técnicas. Com o grupo focal objetiva-se “identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideais dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade” (DIAS, 2004).

Este tipo de técnica se apóia no pressuposto da sinergia que o grupo pode imprimir no levantamento de informações. Isto é a sinergia entre os participantes leva a resultados que ultrapassa a soma das partes individuais. (DIAS, 2004). Além dessa característica, Gaskel (2002) elenca outras:

- é possível observar o processo do grupo, a dinâmica da atitude e da mudança de opinião e a liderança de opinião;
- em um grupo pode existir um nível de envolvimento emocional que raramente é visto em uma entrevista a dois.

Para não haver dispersão do assunto previamente planejado, existiu a figura do moderador, representante da Universidade Federal do Ceará, que sem interferir na espontaneidade das pessoas, procurou manter o foco da discussão, estimulando a participação de todos e evitando o monopólio que certas pessoas podem fazer da discussão.

As reuniões foram feitas num local que possibilitou a espontaneidade e conforto dos participantes.

Para efeito de análise, as considerações feitas pelos diversos grupos de alunos nos grupos focais, servirão como complemento à definição de categorias na análise dos questionários.

Quanto aos questionários, o mesmo foi enviado aos participantes por e-mail, pois a medida em que as pessoas vão incorporando a Internet à sua rotina de vida, passando a utilizar os seus recursos para realizar atividades cotidianas, fica mais fácil se valer das facilidades disponibilizadas pela Internet para realizar coleta de dados através de questionários.

É claro que, para que uma pesquisa possa ser realizada pela Internet, é fundamental que os indivíduos a serem contactados disponham de acesso a ela. É conveniente, também, que a penetração da tecnologia na população em estudo seja elevada.

É importante ainda que o grupo amostral disponha de acesso à Internet e se sinta confortável com o uso de computadores.

No caso do presente estudo, 100% dos alunos / egressos possuíam endereço de e-mail.

Como se pretendia realizar um estudo que envolvesse o maior número possível de egressos e alunos e que em função do trabalho de campo se encontram espalhados por vários estados do Brasil, a ferramenta de pesquisa escolhida foi, desde cedo, o questionário.

A utilização da Internet para a aplicação de questionários pode vir a ser uma revolução tão significativa na forma de se realizar pesquisas quanto à demonstração de que era possível prever resultados eleitorais, a partir de entrevistas conduzidas de forma científica, conforme demonstrado por George Gallup, na década de 40 do século passado.

Preparou-se uma mensagem individualizada, pois se acreditava que a personalização da mensagem, através da inclusão do nome do destinatário no cabeçalho do e-mail e da menção à importância da participação na pesquisa, mencionando-a textualmente no corpo da mensagem, contribuiria para aumentar a taxa de retorno. O respondente não perceberia a mensagem como uma mala-direta tipo *spam*, disparada a esmo, mas como uma correspondência pessoal de solicitação de colaboração.

Outro cuidado que se buscou foi o estabelecimento de uma relação de confiança referente a confidencialidade das respostas, identificando a pesquisa com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, uma organização conhecida que denota legitimidade.

O fato de o e-mail não permitir o anonimato, poder ser facilmente excluído ou ignorado e, mais grave, causar a confusão em muitos respondentes, por não entenderem o significado da pergunta, foram motivo de reflexão e atenção.

No entanto, a falta de anonimato não pareceu preocupar os respondentes. Não houve nenhuma indagação a respeito. A idoneidade da instituição de origem da pesquisadora, uma vez que o nome da instituição é associado a pesquisas sérias e relevantes, e o compromisso assegurado de não revelar informações individuais

pareceram ser suficientes para garantir um nível de retorno de questionários satisfatório.

Não há muito que se possa fazer para evitar que um e-mail seja excluído ou ignorado pelo destinatário, a não ser, criar o interesse no seu conteúdo, salientar a sua importância, criar estímulo e facilitar a colaboração. Na medida do possível, buscou-se fazer isso.

A pesquisa utilizou o questionário estruturado como instrumento de coleta de dados, elaborado com base na orientação sugerida pela literatura revisada.

A escolha desse método teve como principal motivação o fato de ser o mais conveniente quando se tem uma amostra amplamente dispersa geograficamente, a rapidez e precisão das respostas e a minimização dos custos comparativamente a outros métodos.

Foi estabelecido ainda o compromisso de que todos terão acesso à pesquisa, o que, aliás, foi solicitado por grande parte dos alunos / egressos que responderam ao questionário.

O questionário (Anexo I) foi estruturado em sete questões, cada uma destinada a levantar um conjunto de dados bem determinado.

A amostra contou com 38 questionários aplicados, 11 respondidos, os quais conformaram uma das unidades de análise desse estudo.

Nesta fase, 02 e-mails foram devolvidos um por causa de endereço desatualizado, e outro em função da caixa postal ter excedido o limite.

Os e-mails foram reenviados na semana seguinte, um deles após ter o endereço atualizado, e os mesmos não retornaram.

Como documentos para análise foram considerados artigos de jornal referentes ao programa, boletins epidemiológicos, editais de seleção para o programa, relatórios de surtos, assim como documentos constantes na bibliografia dessa pesquisa, cedidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 4 – RADIOGRAFIA DO EPISUS

Estrutura

O EPISUS, Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, consiste em um treinamento de dois anos, desenvolvido pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão executivo do Ministério da Saúde, em parceria com o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC), de Atlanta, Estados Unidos. O CDC é referência mundial na área de saúde pública pela alta qualidade das investigações e trabalhos desenvolvidos em vigilância epidemiológica.

A cooperação técnica CDC - FUNASA, teve como objetivo principal prover o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) com assessoria técnica especializada necessária para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, por meio da estruturação de programas de capacitação de recursos humanos e da prestação de assessorias técnicas específicas na estruturação e implantação do EPISUS, bem como na área de laboratórios, biossegurança e vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, laboratórios de saúde pública entre outras.

De acordo com o Relatório de Avaliação Externa realizado em 2003, justifica-se a cooperação com o CDC tendo em vista a especificidade dessa instituição em desenvolver uma competência particular nas atividades de epidemiologia de campo, investigação de surtos e de doenças emergentes, além disso, segundo o relatório, há uma pequena disponibilidade de técnicos com esse perfil nas instituições formadoras no Brasil.

A implantação do EPISUS efetivou-se no ano 2000, sendo gerenciado pela COADE - Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento de Epidemiologia do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (COADE/CENEPI/FUNASA). A COADE contou durante os dois primeiros anos, com a assistência de dois consultores técnicos do CDC, com a finalidade de programar as atividades didáticas (teóricas e de campo), orientar os treinandos e transferir a metodologia para a implantação definitiva do programa no âmbito institucional, visando a sua

sustentabilidade e o fornecimento de técnicos capacitados, de forma contínua, para o Sistema Único de Saúde.

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, em 2003, dentro do novo organograma de trabalho, o EPISUS passou a fazer parte da Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes (GT-DER), Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT) do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP) da SVS.

Desde julho deste ano, o programa não conta com a presença constante de consultores do CDC, no entanto a parceria continua ativa e o apoio técnico à distância ou em visitas técnicas pontuais continuam ocorrendo.

Os principais focos de atenção do EPISUS são as doenças emergentes e as reemergentes. São consideradas doenças emergentes aquelas que foram identificadas a partir dos anos 80, como a aids. Portanto, a medicina não as reconhecia antes daquela década. Já as reemergentes, como a dengue, são doenças que chegaram a ser controladas, mas voltaram a causar problemas de saúde pública em várias partes do mundo, pelas mudanças ambientais e sociais que ocorreram.

O programa faz parte de um esforço nacional para a melhoria da capacidade de investigação epidemiológica das doenças infecciosas no país através do desenvolvimento de um núcleo de epidemiologistas capazes de efetuar investigações de surtos, investigação epidemiológica e vigilância. É igualmente solicitado a estes epidemiologistas que facultem formação aos novos epidemiologistas.

Em média, a cada ano do treinamento são oferecidas dez vagas, sendo que até 2005, o contingente era de 52% de mulheres e 48% de homens.

O requisito básico exigido para ingresso no EPISUS é experiência, curso ou especialidade na área de Saúde Pública. Além das habilidades e conhecimentos prévios, também é considerada a capacidade de adaptação ao trabalho de campo, pois os trabalhos de campo são desenvolvidos em vários locais diferentes do país, muitas vezes em condições adversas de hospedagem e alimentação.

Os participantes do EPISUS concluíram até hoje 106 investigações de surtos (ANEXOS 2, 3 e 4) no país e estiveram envolvidos na investigação de um surto internacional de leptospirose entre atletas, em Borneo (Malásia), no período de agosto a setembro de 2000.

Além disso, os participantes foram responsáveis pela elaboração de protocolos de estudo, execução de estudos, análise de dados e elaboração de artigos. Os participantes realizaram igualmente apresentações científicas em conferências e, com base nos respectivos estudos de investigação ou investigações de surtos, contribuíram para artigos científicos, os quais foram publicados em jornais de referência. Além disso, escreveram boletins epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Este programa faz parte da rede mundial de Programas de Treinamento em Epidemiologia de Campo e tem como objetivo geral fortalecer a estrutura do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, por meio da implementação do programa de treinamento EPISUS, institucionalizado, sustentável e descentralizado, que fornecerá, de forma contínua, profissionais capacitados e serviços de epidemiologia voltados para o Sistema Único de Saúde.

Os treinandos são considerados como técnicos da SVS, em treinamento no EPISUS, em tempo integral, com disponibilidade permanente para as investigações de surtos (viagens). Os treinandos recebem um apoio financeiro de R\$ 3000,00 mensais, com direito a 30 dias de férias/ano, e uma passagem de vinda para Brasília. São alocados inicialmente em áreas técnicas de concentração pré-estabelecidas, estando disponíveis para investigações de surtos e eventos de relevância nacional durante todo o treinamento, independente da área de treinamento na qual esteja lotado.

No segundo ano, os treinandos são rodiziados para outras áreas a serem definidas, de acordo com a necessidade de seu aprendizado, visando proporcionar experiência mais diversificada em vigilância em saúde.

Durante todo o treinamento os treinandos são monitorados por um egresso que, atuando como técnico na área específica terá como uma de suas funções o acompanhamento do plano de trabalho dos alunos no EPISUS.

Os egressos continuam seu treinamento em serviço, junto aos alunos, como monitores do EPISUS.

O objetivo da atuação dos monitores é o de orientar os novos treinandos nas atividades de investigação de surtos e de vigilância dentro de suas áreas técnicas específicas de atuação e de acordo com planilha de escala para situações emergenciais, sob supervisão da equipe do EPISUS e de seus gerentes técnicos.

A avaliação dos treinandos é realizada a cada seis meses, estruturada por meio de formulário específico, onde o desempenho dos treinandos é avaliado tendo como base o cumprimento do Plano de Trabalho.

Cada treinando tem um plano de trabalho por meio do qual será acompanhado o seu progresso, no preenchimento dos requerimentos necessários para a graduação no Programa.

O plano de trabalho é discutido e revisto com a coordenação do programa, com os coordenadores das áreas técnicas da SVS e com o consultor técnico do CDC, a cada seis meses.

Atividades que constituem o programa:

- investigações de pelo menos três surtos/epidemias durante os dois anos de treinamento, exercendo papel principal em uma das investigações e como colaborador nos outros;
- desenvolvimento de uma pesquisa e/ou inquérito de baseada em um protocolo, usando o desenho apropriado para a abordagem do problema a ser resolvido. A investigação será baseada em uma hipótese explicativa sobre um determinado problema de saúde ou um inquérito de campo, de caráter descritivo (ex: prevalência de evento/fatores de risco; levantamento de cobertura vacinal, etc);
- avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica, a qual deverá ser apresentada para os demais treinandos, durante os seminários organizados para esse fim;
- publicação de pelo menos dois informes no Boletim Epidemiológico da SVS;

- preparação de dois artigos para publicação em um periódico científico indexado sendo, pelo menos um, na revista Epidemiologia e Serviços de Saúde;
- apresentação de pelo menos dois trabalhos em congressos;
- avaliação de intervenções que envolvem: planejar, executar e avaliar a efetividade de uma intervenção em uma área específica, baseada em conhecimentos científicos fundamentados;
- criação de questionários, introdução e análise de dados, provenientes de uma investigação de campo, no programa Epi-Info e uso de softwares para apresentação de dados do sistema de vigilância epidemiológica, inquéritos ou investigações de campo, em forma de gráficos ou mapas;
- colaboração no processo de formação dos novos treinandos, ministrando palestras, coordenando estudos de casos, organizando e supervisionando um exercício de campo;

Os treinandos assistem mensalmente a seminários, quando não estão em viagens oficiais ou em férias. Os seminários têm duração de aproximadamente 4 horas com apresentações dos treinandos para os coordenadores do EPISUS, o consultor técnico do CDC, monitores, coordenadores das áreas técnicas da SVS e convidados especiais sobre temas de interesse. Nesses seminários também acontecem discussões de artigos científicos, debates e mesas redondas.

Além dos seminários, o treinando participa das atividades do clube da revista ou de aulas para atualização de conteúdos técnico-científicos. Semanalmente ocorrem na SVS atividades denominadas Ciclo de estudos, das quais os alunos também participam.

Sempre que necessário os alunos participam da elaboração de planos emergenciais de prevenção e controle de doenças, algo que também se constitui como oportunidade de aprendizado.

O programa tem uma carga horária total de 3.600 horas, entre conteúdos teórico-práticos. A programação dos cursos para atualização de conteúdos técnico-científicos é definida pela coordenação e o consultor técnico do CDC. Esses cursos

acontecem com a participação de professores de instituições de ensino e de outros serviços considerados pertinentes.

A carga horária, de acordo como descrito pela coordenação do programa é distribuída da seguinte forma:

- Cursos: Os cursos e seminários são obrigatórios, totalizando uma carga horária de aproximadamente 460 horas (13,0 % do total do treinamento):

1. Curso Intensivo de Epidemiologia e Bioestatística aplicada I (inclui exercício de campo e treinamento em informática aplicada: Epi-info 6.0) – 160 h

2. Epidemiologia das Doenças Transmissíveis incluindo diagnóstico clínico e laboratorial – 60 h

3. Métodos Epidemiológicos para Vigilância em Saúde Pública - 40h

4. Inquéritos Epidemiológicos – 24 h

5. Métodos de Avaliação em Saúde Pública (Avaliação de Sistemas, de impacto incluindo custo-efetividade)- 40 h

6. Curso de Amostragem – 24 h

Outros cursos poderão ser incluídos ao longo do treinamento.

- Seminários: 143 h

- Treinamento teórico/prático (Estágio supervisionado em campo): 420 horas com supervisão de monitores/consultores, em campo, durante investigação de surtos.

- Treinamento prático em serviço: corresponde a 2720 horas do total do treinamento.

A equipe de campo para a investigação contará com a coordenação e monitoria do consultor do CDC e com a participação de um ou mais técnicos de área específica, preferencialmente o supervisor da área de concentração do treinando, ou da coordenação onde este esteja inserido.

A definição dos treinandos que participarão da investigação compete à coordenação do EPISUS, de acordo com as necessidades de aprendizado de cada aluno.

O país conta com uma rede nacional de laboratórios de saúde pública que apóia as investigações, gerenciada pela Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública da SVS (CGLAB).

As amostras procedentes das investigações para os laboratórios de referência seguem o fluxo estabelecido para a rede, adequando-o para a situação emergencial de investigação de surto.

Isto implica garantir uma maior agilidade para envio, recebimento e execução dos exames pelo laboratório, bem como a priorização na liberação dos resultados.

Os treinandos devem estar completamente disponíveis para as investigações de surto e cabe a eles informarem o andamento da investigação em três momentos: em 24 horas – descrição dos casos, e contatos iniciais; em 48 horas – definição de que se trata de um surto/epidemia ou não; em 72 horas – no caso de surto/epidemia, a investigação já deverá estar em andamento (protocolo, articulações, etc).

Os relatórios preliminares são encaminhados para a coordenação do EPISUS, com cópia para a coordenação da área técnica. No final da investigação, o treinando elabora um relatório completo e detalhado e inicia o processo de controle e comunicação.

Existem mecanismos internos na Secretaria de Vigilância em Saúde para o deslocamento imediato em situações de emergência: para aquisição de passagens e diárias.

O programa conta com a assistência e o apoio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde/MS para a avaliação de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos e para orientações pertinentes quanto aos procedimentos necessários a serem adotados pela GT-DER /SVS para regularizar as atividades de pesquisa com colaboração estrangeira. Assim, são garantidos os princípios éticos na autoria de publicações de trabalhos desenvolvidos pelo EPISUS e instituições parceiras.

A avaliação do Programa no desenvolvimento de suas atividades é efetuada a cada dois anos pelos membros do Comitê Técnico-Científico, constituído por representantes das instituições parceiras como Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Rio de Janeiro e coordenado pela SVS.

No entanto, avaliações periódicas, executadas pela coordenação do EPISUS são realizadas ao longo do curso para correções e implementações que se fizerem necessárias.

A existência da monitoria se tornou o eixo central da estratégia de aprendizagem em serviço, porém a prerrogativa para a atuação dos egressos como monitores é o compromisso de cada um com a sustentabilidade e descentralização do EPISUS, uma vez que o mecanismo de vinculação utilizado hoje tem sido por meio de contratos de caráter transitório financiados por organismos internacionais e sem incorporação em carreiras funcionais.

À esses egressos/monitores são oferecidos cursos teóricos complementares aos do EPISUS, para garantir o aprimoramento de sua qualificação.

As metas prioritárias do programa hoje são: garantir a sustentabilidade do EPISUS na SVS, sua institucionalização e descentralização progressiva para estados e municípios.

A descentralização do programa para os estados ainda não foi iniciada pois gera necessidades de ampliação do número de técnicos disponíveis para acompanhamento e supervisão do programa nos Estados, algo que ainda não é possível, embora os estados estejam desenvolvendo os seus próprios programas de formação em Epidemiologia de Campo, como é o caso de São Paulo e Minas Gerais.

Os treinandos recebem um certificado do Ministério da Saúde e do CDC de Atlanta, sendo que está sendo avaliada a possibilidade de credenciamento do EPISUS como área de especialização (Residência Multidisciplinar) junto ao MEC, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

O trabalho de Campo

De maneira resumida, o trabalho de campo poderia ser descrito da seguinte forma: os epidemiologistas de campo em primeiro lugar recolhem informações que descrevem o contexto inicial, por exemplo: quando adoeceram as pessoas, onde adquiriram a doença e que características apresentam as pessoas enfermas. Estes são os aspectos descritivos da investigação.

Geralmente, simplesmente conhecendo estes fatos e o diagnóstico, se pode determinar a fonte e o modo de transmissão do agente e se pode identificar as pessoas que se encontram em risco de desenvolver a doença. Posteriormente desenvolvem uma hipótese e provam essa hipótese mediante métodos estatísticos apropriados. As hipóteses são então comparadas com os fatos estabelecidos, permitindo então que eles planejem uma sistematização de estudos. Preparam então um informe escrito e recomendam as medidas de prevenção e controle.

Essas investigações epidemiológicas de campo se realizam como resposta a problemas agudos de saúde pública. Quando ocorrem surtos de doenças, geralmente há uma necessidade urgente de identificar a fonte e/ou a causa do problema a fim de iniciar medidas de controle ou outras intervenções. Por outro lado, a identificação de perigos ambientais ou ocupacionais freqüentemente exigem uma avaliação das pessoas expostas e dos riscos da doença.

Segundo Thacker (1990), o objetivo principal das investigações epidemiológicas de campo é utilizar os princípios da Epidemiologia para determinar uma resposta racional e apropriada para refrear ou controlar um problema. Os fatores chave que influenciam as decisões referentes à seleção e o momento das intervenções de saúde pública incluem um balanço cuidadosamente selecionado da severidade do problema, os níveis de certeza dos achados, os critérios de causalidade e as percepções públicas e políticas de qual o melhor caminho a seguir.

Para isso, um fator importante que deve caracterizar as intervenções para eliminar os surtos e controlar a enfermidade é a participação cada vez maior da comunidade. Um exemplo disso são os relatos nos anexos, principalmente nos anexos 3 e 4, uma vez que no anexo 2, o relatório é meramente descritivo.

Nesses anexos podemos verificar o relato de trabalhos envolvendo parcerias, orientação, educação em saúde, reunião com profissionais de unidades básicas de saúde, entre outras iniciativas que levam em conta que o apoio do sistema de saúde local e da comunidade são essenciais para o êxito da investigação, a prevenção e medidas de controle a médio e longo prazo.

As investigações de campo freqüentemente requerem o acesso à histórias clínicas privadas dos pacientes, a eventual identificação de empresas públicas ou privadas potencialmente responsáveis pela enfermidade, a revisão de documentos internos dessas empresas e às vezes também ter que reportar os erros cometidos por profissionais de saúde. Tudo isso é claro está cercado de consideráveis implicações éticas e legais.

Outro aspecto essencial do trabalho do epidemiologista de campo é a prática de escrever os resultados de uma investigação, pois isso se constitui numa parte importante do aprendizado. Nesse trabalho, o epidemiologista deve saber organizar e apresentar uma seqüência lógica dos achados importantes e pertinentes de uma investigação. A organização simples, direta e ordenada dos fatos e as inferências mostram não somente a qualidade da investigação, mas também a compreensão e o conhecimento básico do método epidemiológico de que o epidemiologista dispõe.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS: DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO

Caracterização da amostra

Os sujeitos são egressos ou alunos que estão há pelo menos um ano no programa.

A coleta de dados realizada por meio de questionário enviado por e-mail resultou em 11 respostas. Considerando-se o total efetivo de 38 questionários enviados, a taxa de retorno efetiva foi de 29%. A média de idade entre eles é de 32 anos.

Dos respondentes, 07 são do sexo masculino (63%) e 04 são do sexo feminino (37%).

Entre eles, 03 com formação em Enfermagem, 03 em Biologia, 03 em Medicina Veterinária, 01 em Biomedicina e 01 em Medicina.

Os estados de origem são, 01 do Pará, 03 de Pernambuco, 01 do Rio Grande do Sul, 01 do Piauí, 03 de São Paulo e 02 do Distrito Federal.

Considera-se a amostra representativa, pois com exceção de Farmácia, todas as categorias profissionais admitidas no programa compuseram a amostra, além disso, os alunos/egressos participantes são oriundos de diferentes estados do Brasil, o que é característico do programa.

O currículo do EPISUS

Na atuação desses profissionais é uma constante a convivência com uma série de circunstâncias de entorno político, social e econômico, como a marginalização da população rural e suburbana, a migração do campo para a cidade em busca de melhores condições de vida, a inequidade no acesso aos serviços, o empobrecimento progressivo da população, a violência em todas as suas manifestações, de modo que na abordagem dos problemas da saúde pública não se pode perder de vista o impacto do entorno sobre a viabilidade das políticas de saúde.

Essas questões partem da idéia de que a primeira definição de um currículo é de natureza filosófica e política e não técnica. A primeira tarefa não é selecionar ou organizar experiências de aprendizagem, mas definir intenções e funções sociais do processo ensino/aprendizagem, uma vez que é através do currículo que se explicitam as intenções, materializando-as.

Com isso, o que mais chama a atenção nos questionários, é o relato da ausência de um debate sobre o papel desses profissionais mediante os condicionantes do processo saúde doença e as políticas públicas de saúde.

O trabalho de campo permite que eles fiquem frente a frente com mazelas e grandes desigualdades nos níveis de vida das populações, o que resulta em condições adversas de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde, sem que haja uma leitura crítica, à luz dos princípios do SUS, de equidade, integralidade e universalidade, para pensar a realidade e agir sobre ela dentro daquilo que lhe cabe como profissional de saúde e cidadão.

A pergunta que paira no ar: O que adianta tomar conhecimento sobre a realidade, sem desvelar as razões de ser dessa realidade, para daí constituir ações transformadoras?

A ausência dessas discussões no programa denotam uma falta de compromisso político e ético com a produção e apropriação de conhecimentos que possam contribuir para redução das desigualdades sociais e suas relações com a saúde. Ao mencionar ausência de compromisso, me refiro ao processo, ao currículo, porque não há currículo sem intencionalidade.

Cabe destacar um trecho de Paulo Freire, no livro *Pedagogia da Autonomia*:

“O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História, mas seu sujeito igualmente. No mundo da história, da cultura, da política, constato não para me adaptar, mas para mudar”.
(1997, p. 85)

Houve duas menções ao SUS nos questionários e elas se deram no sentido de destacar a ausência das discussões sobre políticas de saúde e o papel dos profissionais nesse contexto:

“Falta muito colocar o SUS como objeto de estudo e reflexão. Em nenhum momento houve qualquer menção ao SUS e nossa inserção nele, nosso papel”.

“Temos uma prática de campo muito rica em acontecimentos que mereceriam uma discussão teórica mais aprofundada durante e após as investigações. Digo isso não só para as questões de epidemiologia, mas também sobre política, planejamento e gestão do SUS”.

O mesmo participante responsável pela última citação menciona ainda o SUS ao referir-se aos objetivos do programa:

“Atuar sempre de forma integrada entre os três níveis de gestão do SUS, de forma a conduzir uma investigação epidemiológica de campo com participação de todos os que necessitam estar envolvidos”.

Essa reflexão torna-se importante na medida em que embora as ações de saúde no programa sejam direcionadas para atender demandas relativas a problemas relevantes e urgentes de saúde, estas podem ter baixo impacto no sentido de modificar os padrões de ocorrência das doenças e de reduzir riscos.

A qualidade da formação em saúde se torna tangível através do valor que essa formação agrega às práticas profissionais em campo, avaliadas desde a perspectiva das necessidades e expectativas do serviço e daqueles que resultam como beneficiários dessas práticas: os alunos, os serviços de saúde e a população.

A aprendizagem com autonomia, chamada pelos alunos de autodidatismo é uma habilidade a se desenvolver e requer por parte do aluno uma adequada identificação das necessidades de aprendizagem e o uso adequado dos recursos disponíveis.

Diz outro depoimento:

“O programa apóia a estratégia autodidata, na qual o treinando aprofundará seu conhecimento conforme interesse pessoal e/ou a partir das experiências vividas na

prática.. Essa atividade tem a finalidade de contribuir com o aperfeiçoamento de algumas habilidades tais como: iniciativa, responsabilidade, segurança, raciocínio crítico entre outras”.

De acordo com Rangel (2004), a autonomia é entendida enquanto um processo que só se desenvolve com o exercício da prática. Mais que um prêmio conquistado, a autonomia surge como um exercício que precisa ser praticado sistematicamente. Sendo assim, o ambiente de aprendizagem, enquanto mediador da aprendizagem e da autonomia, deverá comportar e incentivar tais práticas. Por outro lado, tendo o aluno como centro das preocupações, dá-se o enfoque para autonomia a partir dos múltiplos aspectos desse ser humano.

A prática pedagógica está norteada por funções dadas pela sociedade. Uma prática é influenciada por condicionantes sócio-políticos que configuram diferentes concepções de homem e de sociedade. A ação educativa é influenciada, então, por diferentes princípios ideológicos, a partir dos quais conteúdos são selecionados e organizados, relacionando com os pressupostos teórico-metodológicos e com a compreensão que cada um tem sobre educação.

O EPISUS foi concebido sem a criação de um documento central da ação institucional e educativa, instrumento esse político, teórico e metodológico, para nortear as ações educacionais do programa, para consecução de sua missão e dos seus objetivos.

Esse documento não se trata de formalidade, mas da expressão da vontade explícita e compartilhada que levou à criação do programa, vontade essa retratada durante os grupos focais por olhos que brilham durante a fala daqueles que participaram da implantação do programa.

A construção da proposta pedagógica é acima de tudo um processo de reflexão sobre a concepção de saúde, qual o papel do EPISUS, o papel do aluno formado pelo EPISUS na sociedade, quais relações estabelece com seus interlocutores, quem são (ou devem ser) esses interlocutores, como concebe o conhecimento, a educação, qual o melhor jeito de aprender, o poder de cada um e de cada instância na definição dos rumos do programa.

A proposta pedagógica implícita no EPISUS articula, dinamicamente, a atuação profissional e o ensino, a prática e a teoria, o ensino e a comunidade, deixando o foco nas disciplinas e passando a valorizar os processos ou fenômenos importantes para a formação do profissional de maneira integrada.

O processo de ensino e aprendizagem, nessa proposta, está baseado na integração entre ensino, serviço e comunidade, e na associação entre teoria e prática contemplando a ação e a reflexão, a transformação das práticas, a qualidade de assistência, o raciocínio investigativo, a avaliação como processo e as experiências de ensino e aprendizagem estruturadas a partir dos processos de trabalho da Epidemiologia de campo.

No cerne desta concepção está a construção dos conhecimentos pelo aluno ao longo do curso, preparando-se para o exercício profissional baseado na reflexão, capacidade de tomada de decisões e competência na resolução de problemas de forma crítica e integrada à realidade social e profissional.

O EPISUS busca, a partir da construção de uma proposta de ensino inovadora, mudar as perspectivas tradicionais de formação profissional em saúde, marcadas pela passividade e falta de atitude crítica do aluno, bem como pela distância entre teoria e prática, fatores que trazem para o dia a dia conseqüências como conformismo, individualismo, falta de participação e adoção indiscriminada de modelos de pensamento ultrapassados.

Assim, a proposta do programa, longe de reproduzir o que já existe, colabora para a transformação capaz de trazer melhores condições de saúde para a sociedade.

No entanto, ainda se faz necessário uma clareza maior sobre o sujeito do processo pedagógico, quais os objetivos perseguidos no processo educativo do EPISUS (habilidades, atitudes, tipo de profissional / homem / sociedade que se pretende formar) e como educar (estratégias / metodologia).

Esse trabalho de pesquisa visa verificar que perspectivas dessa proposta foram alcançadas ou ao menos encaminhadas.

Se o aluno é o sujeito do processo, o ensino deve ser baseado nas suas vivências e experiências, no que ele observa no dia a dia, estimulando a reflexão lógica e a reflexão empírica, situando o aluno como protagonista do processo pedagógico e a educação voltada para a transformação do modelo de atenção em saúde.

As experiências anteriores do aluno fornecem elementos importantes para que ele construa seus conhecimentos, assim como afirma-se essencial um constante revisitar da realidade de trabalho (MISAEL, 1995). Desta forma, a prática educacional se faz pelo próprio aluno, de dentro para fora e não de cima para baixo, como uma doação ou imposição (FREIRE, 1983).

Verificou-se que no EPISUS, o aluno é o centro do processo e o monitor e ou consultor, são mediadores que vão ajudar a explicitar e a sistematizar aquilo que o contexto da atividade de campo fornece como elemento de análise, reflexão e reestruturação do saber.

Se por um lado a metodologia tradicional, dedutiva, baseada na reprodução de conceitos, tem o professor como detentor absoluto do saber e tem o real como algo a ser explicado e não transformado, no modelo do EPISUS a prática social dos educandos é que constitui o eixo em torno do qual gira o processo educativo, aprofundando, progressiva e continuamente, o conhecimento do real e as suas possibilidades de ação.

O treinamento em serviço no programa tem por momento inicial a observação da realidade encontrada no campo, seguido de reflexão na busca dos possíveis fatores que estão associados ao problema emergente da realidade sob foco.

No segundo momento, definem-se os aspectos que precisam ser conhecidos e compreendidos na busca de respostas para esse problema, assim os pontos-chave que orientarão os estudos e análises subseqüentes, são determinados.

No entanto não foi explicitado que haja um estudo criterioso acerca dos muitos aspectos teóricos relativos aos pontos-chave estabelecidos. Pois, é no decorrer da teorização que os alunos teriam a oportunidade de um aprofundamento acerca de pressupostos e fundamentos que respaldam a resolução dos problemas.

Após a análise e discussão dos dados colhidos são feitas proposições de hipóteses, visando intervir naquela parcela da realidade, para a superação dos problemas e dificuldades identificados.

A relação dinâmica entre o sujeito que aprende e o objeto do conhecimento se verifica através de sucessivas aproximações. O aluno tem possibilidade de aprender a pensar criticamente, desenvolvendo a capacidade de reconhecer a realidade e seus problemas, preparando-se para uma ação transformadora nos contextos profissional e social.

Portanto, pode-se afirmar após a pesquisa que o programa permite ao aluno desenvolver a capacidade de construir seus conhecimentos por meio de situações no seu contexto real, desencadeando um processo de ação-reflexão-ação, contínuo e progressivo.

Nesse sentido, compreende-se que esse enfoque envolve:

- reconhecimento da atividade e interatividade do homem em seus processos de conhecer, explicar e intervir no mundo;
- construção de propostas de formação e atuação que tomem a prática como objeto de reflexão e produção de conhecimento;
- apropriação de referenciais teórico-metodológicos numa dimensão reflexiva que tem no questionamento e na busca sistemática de respostas, pilares fundamentais;
- reconhecimento da perspectiva interdisciplinar como pressuposto nuclear, demandando atitudes que construam abertura para novas parcerias e posturas de questionamento e intervenção na realidade.

Freire (1997) afirma que o aprendizado se dá somente quando o aluno se envolve profundamente com a situação, o que o programa vem permitir, pois, o aluno afasta-se de uma prática observada e caminha para uma nova prática, elaborada por ele mesmo, o que gera um envolvimento gradativo do sujeito com o objetivo do conhecimento.

Freire (1986) afirma ser importante levar os alunos a pensarem sobre a realidade de maneira crítica, buscando ações capazes de modificá-la.

Para tanto, se faz necessário observar a realidade, definir o problema, levantar as suas causas e os seus determinantes, teorizar, analisar e chegar a uma nova ação.

Este é um processo inacabado, pois permite um contínuo desvelamento da realidade. Para Freire (1971), uma pessoa só pode conhecer bem algo quando o transforma e transforma a si próprio no decorrer do processo de conhecimento.

Dentro desta perspectiva freireana pode-se constatar que o modelo do EPISUS permite alcançar os objetivos propostos quando possibilita formar profissionais contextualizados que aprendem na prática, o que pode levar a transformação de alguma parcela da realidade, enquanto os alunos transformam a si mesmos em seu campo de formação.

Avaliação

A avaliação deve dar dinamicidade ao processo de ensino e aprendizagem, desenvolvendo-se através da interação entre aprendiz e professor, “organizando instrumentos e situações tão diversificados quanto forem necessários, em função das etapas do desenvolvimento do processo” (MARCONDES, 2000).

O programa busca avaliar o aluno não só em um momento estanque, mas em diferentes situações, no decorrer de todo o processo.

Para tanto, a avaliação busca ser planejada, a fim de acompanhar o desenvolvimento do educando em todas as suas etapas, diagnosticando e buscando favorecer a análise do processo.

No entanto, ao serem questionados sobre os propósitos da avaliação e a forma como ela acontece, alunos e egressos fizeram relatos carregados de emoção nos grupos focais e nos questionários, nem sempre concordando com o método de avaliação:

“Somos avaliados pela identificação dos pontos “fortes” e “fracos”, sendo chamada a atenção para o que pode ser melhorado. Acredito ser importante essa visão externa do seu desempenho, mas as colocações devem ser menos subjetivas e impetuosas para que cumpram o seu propósito. Também acredito na auto-avaliação como uma importante estratégia de avaliação e melhoria de desempenho que poderia ser considerada”.

“Aspectos pessoais muitas vezes se confundem com o propósito da avaliação”

“Ela é totalmente inadequada, expondo o aluno à humilhação muitas vezes. O enfoque é dado nos seus comportamentos, sendo a submissão aos superiores o que mais se valoriza. Para se criar pessoas críticas, que possam refletir sobre a epidemiologia no SUS, o programa deveria estimular a discussão e não reprimi-la”.

Os relatos denotam práticas pedagógicas inadequadas, baseadas em qualificações como meio de controle, na avaliação punitiva como meio de “castigo” ou revanche, nos favoritismos, entre outros.

As dificuldades técnicas de avaliar são acrescidas de uma questão ética, pelo fato de se avaliar uma pessoa e conseqüentemente se avaliar a sua personalidade, pois o objeto da avaliação é um ser humano e a avaliação pressupõe uma concepção em relação ao outro, uma concepção, uma relação avaliador / avaliado.

Construir um processo de avaliação formativo e democrático é às vezes contraditório e difícil. Requer, acima de tudo, maturidade individual e coletiva, no entendimento das próprias funções e dos papéis de cada um.

Deve evitar-se que a avaliação resulte apenas num sinônimo de verificação de resultados, pelo contrário, permitindo diagnosticar e inventariar necessidades de aprendizagem, conhecer detalhadamente as diversas condições dos alunos e traduzir qualitativamente e quantitativamente o que os alunos aprenderam em função de um determinado contexto de aprendizagem.

A avaliação é um processo com o qual devem estar familiarizados e comprometidos todos os envolvidos com o processo educacional. Seu objetivo não é classificar ou qualificar o nível de conhecimento e as atitudes do aluno, mas sim, fazê-los

melhores, qualificar o processo educacional e por fim garantir o aprendizado do egresso.

A relação de proximidade do monitor com o aluno pode facilitar o processo de avaliação, permitindo ao aluno tomar consciência de suas deficiências, através de um modelo de avaliação formativa. Outro aspecto a ser considerado para uma avaliação formativa é a auto-avaliação, a fim de que ele mesmo possa constatar seus avanços na aprendizagem.

Um aspecto a considerar também é a possibilidade de realizar avaliações grupais, dado que boa parte das atividades do programa se realizam em grupo. Avaliação do grupo é diferente de avaliação em grupo. No EPISUS avaliações individuais são feitas perante o grupo, algo que resulta em desconforto para os alunos.

Não há dúvida de que o processo ensino-aprendizagem é um processo onde por natureza há intenção e é muito fácil cair na armadilha de traçar o perfil de egressos críticos, livres, propositivos, etc. e ao mesmo tempo, aplicar na prática mecanismos repressivos que impedem que o aluno questione ou tome caminhos diferentes aos estipulados; existem muitas maneiras de reprimir o livre pensamento, ainda mais quando se tem um discurso de inovação.

A monitoria: suas funções e contradições

Os 11 alunos que responderam o questionário manifestaram-se favoravelmente a ela, destacando, porém alguns pontos de atenção.

A monitoria se dá através da orientação prática que reside em utilizar a experiência dos monitores como fonte de aprendizagem, encorajando os alunos a serem aprendizes dos seus monitores, a aprender com a experiência deles.

“A proposta de monitoria é adequada ao programa. É de uma boa proposta de monitoria que depende o sucesso da continuidade do programa. Infelizmente todas as relações de monitoria dependem da boa vontade do ex-aluno em colaborar”.

“O sistema de monitoria atualmente não tem se mostrado satisfatório quanto à proximidade do consultor para com os alunos, considerando que essa atividade passa a ser extra dentro da carga de atividades dos consultores técnicos (egressos)”.*

Verificou-se que o monitor é aquele profissional que além de ser um modelo como tal, é capaz de conseguir que os alunos aprendam a fazer o que ele faz.

Sendo assim, é indispensável pensar em processos de aprendizagem que contem com o aproveitamento da experiência que trazem esses profissionais. É necessário lembrar que se tratam de profissionais adultos que, em muitos casos, já tem uma considerável experiência de trabalho acumulada, alguns com Licenciatura, Mestrado e até mesmo Doutorado. Isso deve ser aproveitado pelo programa para que o profissional utilize os conhecimentos já adquiridos, complementando-os e aprofundando-os.

Assim como destaca um dos alunos: *“a forma que está estabelecida a participação do monitor deveria ser discutida com todo o grupo sistematicamente, para equacionar algumas necessidades. Esse processo de monitoria ainda tem sido organizado de forma muito vertical, sem participação de todos os envolvidos;*

O ensino voltado para a reflexão e a crítica seria a proposta ideal de ensino numa época de intensas transformações em todos os setores da sociedade. Um ensino que leve o aluno a aprender de forma reflexiva e crítica, onde o conhecimento não está acabado, pronto, mas é construído a partir da prática social.

No processo ensino-aprendizagem, essa postura implica deixar de ver o aluno como um receptor de conhecimentos, não importando como os armazena em sua mente, e passar a considerá-lo um agente de uma construção que é a sua própria estrutura cognitiva.

Sob esta perspectiva, o ensino é entendido como processo reflexivo e interativo, incorporando a capacidade de trabalhar a dúvida como princípio pedagógico. Com isso, a aprendizagem é concebida mais como um processo do pensamento e desenvolvimento de habilidades para o estudo, do que como o produto final do processo pedagógico.

A pesquisa nos mostra que no EPISUS, o ponto de partida para a obtenção de conhecimento sobre a Epidemiologia é o conhecimento que o aluno já traz, e o papel do monitor/consultor é atuar como mediador entre o aluno e o conhecimento, estimulando o aluno a pensar ativa, autônoma e criticamente.

Porém é considerado importante pelos alunos e egressos que os monitores passem por um processo de formação didático-pedagógica.

Os alunos e egressos relatam um conflito entre o saber técnico e o saber pedagógico dos monitores. O saber técnico é definido como aquele conhecimento que os monitores supostamente possuem e devem transmitir aos alunos.

A lacuna ou dificuldade percebida pelos alunos é menor quando o conhecimento se relaciona menos com habilidades técnicas específicas e muito maior quanto mais se relacionam com comportamentos complexos, tais como a intervenção sobre múltiplas variáveis em contextos socialmente diversificados ou liderança e tomada de decisões.

As condições reais de desempenho profissional exigem um aluno autônomo, habilidades interpessoais, capacidade de comunicação e trabalho em equipe. Nesse sentido, a aprendizagem em um grupo interdisciplinar, as freqüentes apresentações e discussões, o desenvolvimento de habilidades para manejar os conflitos são parte substancial da formação.

Para compreender um aluno autônomo, é necessária uma compreensão clara dos significados do termo autonomia e da autonomia do aluno que aprende em serviço.

Segundo Preti (2000), numa relação pedagógica, autonomia implica em um reconhecimento da capacidade do outro, respeitando-o e compartilhando com ele a construção do conhecimento. Há aí um caráter político inegável. O outro lado é o lado do responsabilizar-se pelo próprio conhecimento, pela sua formação, objetivos e fins: “tornar-se sujeito da formação para si mesmo”.

O autor mostra que a autonomia tem diversas dimensões, como a dimensão ontológica (faz parte do ser; todo ser traz em si esta possibilidade); política (tem objetivos, faz parte de um projeto maior, de vida); e uma dimensão afetiva, onde é

preciso existir prazer, motivação, pois aprende quem está motivado para a aprendizagem. Só desenvolve sua autonomia potencial quem sabe o que quer.

Cranton (1996) destaca como características da autonomia a cooperação, o respeito mútuo, a criatividade individual, a flexibilidade, o criticismo racional e a independência. Segundo a autora, estas características são fundamentais para o educador, especialmente de indivíduos adultos, que busca promover um processo autônomo de aprendizagem.

Segundo Lebel (1994), a autonomia do estudante é altamente desejável, mas nem sempre é uma realidade, pois nem todos os adultos estão preparados para a autonomia no aprender e podem inclusive, sentirem-se pressionados em situações de aprendizagem que exijam deles o controle de limites e recursos.

O autor define um aprendiz autônomo como: uma pessoa que identifica uma necessidade de aprendizagem ao se deparar com um problema, uma habilidade que precisa adquirir ou uma informação que ele não possui. Ele é capaz de formular sua necessidade de aprendizagem em termos de objetivos gerais e específicos e de fixar, de modo mais ou menos explícito, os critérios de realização.

Objetivos, conteúdos programáticos, metodologia e procedimentos de avaliação devem guardar coerência entre si, tendo como elementos de referência as necessidades de saúde de cada indivíduo, da família, dos grupos de risco, da comunidade e dos problemas do ambiente, assim como o modelo de serviços.

Portanto, para que uma abordagem educacional realmente possa ser vista como 'centrada no aluno', sérias pesquisas e recursos devem ser focados nos aspectos críticos que afetam a disposição do aluno, fatores que podem impedir o aluno de progredir, assim como os aspectos motivacionais, além do que devem ser consideradas também as questões econômicas, disponibilidade de tempo, características pessoais, etc.

Nesse contexto, verificou-se que o monitor desempenha um papel fundamental, atuando como motivador da autonomia do aluno. Além disso, na proposta do EPISUS, é o monitor que vai acompanhar a trajetória do aluno durante todo o tempo que este estiver vinculado ao programa, seu nível de motivação e seu progresso nos

estudos. O monitor é quem deve oferecer suporte ao aluno e ajudá-lo a compreender a instituição e seu funcionamento, podendo também mediar discussões com a coordenação, caso se apresentem situações que possam ameaçar o progresso do aluno nos estudos, ou atuar como fator desmotivador.

Dada a grande responsabilidade dos monitores, sua preparação em pedagogia e sua atualização são de vital importância para que enfrentem adequadamente as novas exigências profissionais do entorno. Desse modo é imprescindível que os monitores participem do desenho curricular.

O investimento na qualificação dos monitores implicará na melhoria da excelência do seu exercício profissional, sua capacidade intelectual e sua adequação como figura de identificação perante os alunos do programa.

Além de ser a principal “ponte” comunicacional entre a instituição e os alunos, o monitor também deve se apresentar como uma referência “social” para o aluno, fazendo com que este se sinta parte da comunidade que envolve o programa, mesmo considerando o isolamento geográfico a que os alunos ficam submetidos durante as investigações de campo.

A proposta de monitoria está voltada para a execução de tarefas de caráter orientador, voltadas também para área mais afetiva além daquelas mais relacionadas com o processo de cognição, ou construção do conhecimento.

A definição da quantidade de orientação e apoio oferecida aos alunos pelos monitores deve ser considerada pela instituição como uma questão política fundamental, não somente por causa dos aspectos econômicos, de filosofia educacional ou teoria educacional envolvidos na aprendizagem em serviço, mas principalmente pela forma como serão organizados no futuro os recursos para a oferta de apoio aos alunos.

A utilização da tecnologia da informação pelo programa pode vir a ser uma forma de ampliar o acesso dos alunos aos monitores, assim como um facilitador das interações, necessárias para o processo de aprendizagem do aluno.

Assim, o trabalho hoje realizado individualmente por cada monitor, onde os resultados dependem do perfil de cada um e não de resultados efetivos advindos de uma proposta estruturada de trabalho, pode aos poucos evoluir para um trabalho realizado em grupo colaborativo.

Nos parece ser importante também estabelecer um conjunto de requisitos para a seleção desses monitores: alunos egressos, com interesse acadêmico pela pesquisa, capacidade de expressar-se oral e textualmente com facilidade, ser comunicativo e amigável, ter disponibilidade de tempo, pois a função pode exigir a participação em atividades realizadas em diferentes horários.

Segundo Garcia Aretio (2001) algumas qualidades são fundamentais para o profissional que vai exercer função de monitoria, como:

- Autenticidade e honradez.
- Maturidade emocional.
- Bom caráter e cordialidade.
- Compreensão de si mesmo.
- Capacidade empática.
- Inteligência e agilidade mental.
- Capacidade de escutar.
- Cultura social.
- Estabilidade emocional.
- Capacidade de aceitação.
- Inquietude cultural e amplos interesses.
- Liderança, etc.

O desenvolvimento destas habilidades/qualidades deve ser trabalhado nos programas de treinamento e capacitação destes profissionais, pois irão garantir a

eficiência do acompanhamento, atendimento e das informações oferecidas aos alunos/clientes dos serviços de apoio.

Os monitores conseguirão, de fato, desempenhar tão largas tarefas como as propostas por Aretio?

Apesar da enorme quantidade de tarefas pelas quais são responsáveis, os monitores do EPISUS trabalham com contratos de tempo parcial, o que vai exigir mais do que treinamento adequado, mas um acompanhamento contínuo.

Para os egressos monitores, exercer o papel de monitor é uma atividade socialmente recompensadora, pois sentem que aprendem muito e que também têm uma oportunidade de ampliar os seus conhecimentos sobre os conteúdos e sobre a área de atuação.

Para manter a coesão do grupo e o foco nos objetivos da proposta de monitoria, a coordenação deve estar atenta aos sinais do grupo e da dinâmica própria do diálogo, colaborando para instaurar um clima de confiança, abertura e aprendizagem. Existem suficientes evidências acerca do aumento de satisfação das pessoas quando atuam em ambientes abertos à comunicação e ao crescimento.

O grande desafio do processo de monitoria segundo os relatos é como construir e manter uma interação que realmente suporte a aprendizagem. As grandes questões no que tange à estrutura de monitoria são relacionadas com a construção de um ambiente adequado, tempo de dedicação dos monitores, promoção de uma relação empática e informal entre alunos e monitores.

Os egressos do programa adquirem o papel de monitores, com base em sua formação e experiência profissional, mas sem terem tido oportunidades de formação pedagógica.

A ausência dessa formação não significa que os monitores não têm um referencial educacional. Na realidade, dado o caráter fortemente reprodutor da educação, ele ensinará da mesma forma que aprendeu durante toda a vida educacional.

Na aprendizagem em serviço, a metodologia está baseada na aprendizagem ativa do aluno e propicia a interdisciplinaridade, favorecendo o trabalho em equipe multiprofissional.

A capacitação pedagógica do monitor, num contexto de aprendizagem em serviço é crítica e não levá-la em consideração pode trazer danos à proposta do programa e por isso, tão importante quanto “aprender a aprender” é “aprender a desaprender”, o que implica numa mudança profunda de atitude frente ao processo ensino/aprendizagem.

A relação Teoria e Prática

A prática fundamenta a teoria, por seu lado a teoria deve reorientar a prática para que ela seja objetiva e transformadora. A atividade prática sem a teoria que a respalde é serviço utilitário, que difere da produção do conhecimento com relevância, ou utilidade social para os interesses da coletividade, tendo em vista uma prática transformadora que só é construída ao longo de um processo individual e ao mesmo tempo coletivo.

A partir dos relatos é possível notar que no EPISUS a prática delimita a teoria necessária. É feita uma relação direta entre as demandas das situações concretas de trabalho, a prática, com as necessidades de sistematização do conhecimento, a teoria. Além disso, deixam claro que a aprendizagem é mais significativa quando a teoria adquire sentido a partir da prática:

“A complementação teórica é sempre uma busca, visto que ao se deparar com novos desafios práticos surge a necessidade de aprofundamento em alguns tópicos”.

“A base teórica é fundamental, porém é na prática que o treinando consegue utilizar os ensinamentos”.

“Temos boas oportunidades em campo para aprender a teoria. Acho que só aprendemos em campo. Caso a teoria não seja suficiente podemos pedir reforço”.

A relação entre os temas de seminários e atividades do programa e os problemas da prática concreta está presente, mas precisaria ser melhor equacionada segundo os alunos.

Além disso, há aspectos comportamentais que precisam ser mobilizados no desempenho da prática, como a sensibilidade para compreender e interpretar o contexto em estudo. Isso implica formular objetivos dirigidos ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências que promovam a formação do componente atitudinal.

Como exemplo, durante a análise documental, deparou-se com o relato sobre a investigação de um surto de dengue em Roraima realizada pelo EPISUS em parceria com a Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Jarú e Cacoal, estudo esse que recebeu o prêmio Carlos Chagas em 2005, durante a 5ª Mostra Nacional de Experiências bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoeipi), onde a sensibilidade para análise do contexto foi primordial:

“Após voltar a Rondônia, em outubro do ano passado, para reavaliar os pacientes e verificar a evolução da doença, foi constatado que grande parte das pessoas que contraíram encefalomielite aguda em virtude do surto de dengue, e que estavam sendo acompanhadas pelos serviços públicos de saúde, ainda apresentava um comportamento ansioso ou depressivo, mesmo já tendo recuperado os movimentos. Essa forma de apresentação da doença não era conhecida até então. Ela provoca uma desordem emocional muito grande aos infectados. Muitos perderam empregos, casamentos. É importante que o sistema de saúde esteja informado e preparado para dar o melhor encaminhamento a esses casos”.

O relato mostra que o indivíduo que atua dentro de um ambiente concreto, reflete sobre ele, é capaz de encontrar respostas para os desafios que, produto da reflexão – vir a encontrar nesse ambiente. Será capaz de buscar novos caminhos de atuação e modificar a sua prática.

Levar para a prática esse princípio implica conceber o estudante como um agente transformador. Implica colaborar com ele na construção de si mesmo como sujeito na medida que adquire consciência sobre suas possibilidades na solução dos

problemas de saúde, a partir da reflexão de sua própria prática dentro de um contexto geral amplo.

Trata-se de atuar sobre a realidade, pensá-la e modificá-la.

A relação teoria e prática, se entende aqui, no sentido em que Freire concebe a práxis, como um processo que implica ação e reflexão e novas ações dos homens sobre o mundo para transformá-lo.

Por exemplo, se um aluno está participando de uma experiência de aprendizagem na investigação de um surto e realiza a coleta de amostras de fezes para identificação do agente etiológico, é necessário que conheça as bases teóricas e metodológicas que explicam e contextualizam essa ação, mas também a partir da sua experiência, que interprete os dados empíricos e seja capaz de contrapor com aquele referencial teórico e fazer novas perguntas sobre a mesma situação.

No entanto, se um aluno for capaz de explicar o porquê e para quê de suas ações, contará então com as ferramentas necessárias para ao mesmo tempo em que aprende, orienta a população e troca com eles pontos de vista sobre suas próprias possibilidades de participação no autocuidado da saúde e na prevenção dos seus problemas.

É esse constante ir e vir da prática à teoria e vice versa que permite ao aluno ver novas coisas nas mesmas pessoas, nos mesmos dados. Tem a oportunidade de, então, construir novas referências para sua participação posterior em atividades aparentemente idênticas.

Sem as estratégias orientadas a garantir um balanço adequado entre teoria e prática corre-se o risco de preparar profissionais com uma ampla bagagem teórica que posteriormente pode se chocar com a realidade ou por outro lado ter profissionais preparados para fazer coisas e torná-las disponíveis para serem analisadas, questionadas, aceitas ou rechaçadas por outros com conhecimento teórico para tal.

Em seu texto "Pedagogia da Autonomia", Paulo Freire (1996) afirma que "a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo". "*Ensinar não é transferir*

conhecimento", mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção. O sujeito aprendiz é um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da necessidade de aprender. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Pode-se dizer que a metodologia de aprendizagem do EPISUS, nessa articulação teoria e prática, guarda semelhança com o método científico, pois busca compreender um problema, diagnosticá-lo, buscar os fundamentos de suas causas, analisá-lo com dados e informações, elaborar hipóteses e soluções a serem colocadas em prática.

Política de Recursos Humanos

Um projeto como esse, de reorganização da formação de recursos humanos nos serviços de saúde, deve estar assentado nos princípios da valorização e profissionalização de forma a produzir mudanças na mentalidade e nas ações, mediante a qualificação e a incorporação de novos agentes.

De acordo com o EDITAL DE SELEÇÃO no 1, de 18 de dezembro de 2005 do EPISUS, *“Os profissionais com cargos de nível médio ou básico do quadro efetivo em qualquer nível (federal, estadual e municipal) do serviço público só poderão concorrer, com comprovação de pedido de exoneração do cargo.*

Durante a análise dos processos de vínculo profissional e contratação, por diversas vezes, questionamo-nos: Formar para quê, se não há uma política de recursos humanos que dê sustentabilidade à proposta?

Parece-nos evidente que as fontes de financiamento de projetos que limitam formas de contratação, acabem por determinar prioridades e objetivos.

Se o EPISUS é uma estratégia nacional para a melhoria da capacidade de investigação epidemiológica das doenças infecciosas no país, tem que ser assumido efetivamente como tal.

É preciso perguntar pelas conseqüências que acarretam as possibilidades de diversificação de fontes de financiamento que parecem condenar projetos dessa natureza a uma dependência crescente do financiamento internacional.

Costa (1998) descreve que os estudos sobre políticas públicas convergem para a idéia que os governos nacionais estão cada vez mais afetados pelos procedimentos de políticas supranacionais. Um aspecto relevante deste consenso é a compreensão do papel das organizações internacionais e de sua influência na definição de agendas políticas nacionais, definindo os temas substantivos a serem apreciados e configurando as políticas de governo.

Qual o espaço para a reivindicação de recursos públicos para a sustentabilidade do programa? Esse será o ideal de financiamento, baseado em trabalho voluntário?

No caso do setor Saúde, causa perplexidade a histórica negligência e mesmo a ausência de políticas para recursos humanos. Tal fato, de acordo com Pierantoni (2006) ocorre devido a:

- abordagens macro-econômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor Saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, concentrada na motivação e no desempenho;
- políticas públicas centralizadas de regulação do emprego ditadas por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
- não-valorização do papel dos profissionais, cuja formação enfatiza valores relacionados com a autonomia e a regulação profissional próprias, mais do que as metas políticas e operacionais do sistema de saúde.

Há que se pensar em planos de cargos que contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas de carreira da Saúde e que promovam, entre outras, a fixação dos egressos a nível federal, estadual e até mesmo municipal, no caso de grandes metrópoles.

CAPÍTULO 6 - A Guisa de Conclusão

Ao iniciar a elaboração deste trabalho, destaquei como objetivo, ampliar o debate sobre a formação de recursos humanos em saúde, através da descrição, análise e reflexão em torno do currículo e do modelo de aprendizagem em serviço do EPISUS, buscando o reconhecimento e a sistematização dos conceitos envolvidos na proposta do programa.

Em outras palavras, buscar desvelar o currículo do EPISUS, os aspectos relacionados com o processo ensino-aprendizagem, seus objetivos, metodologia utilizada, as competências desenvolvidas, formas de avaliação da aprendizagem, atitudes dos alunos, dos monitores e coordenação, entre outros fatores determinantes da aprendizagem.

Isso tudo, partindo da percepção de que descrevendo e analisando esta experiência, destacando a sua importância para a mudança nos modelos de formação em saúde, com base na pesquisa bibliográfica, estaria contribuindo de forma significativa para a pesquisa na área.

Considero que este trabalho alcançou o seu objetivo, uma vez que revelou que o EPISUS caracteriza-se como um espaço de participação e intervenção, um espaço onde é possível promover um processo de desenvolvimento profissional competente e consciente, de onde cada um deve retirar o que for melhor para si e o mais apropriado para sua prática profissional, tendo assim também maior possibilidade de adaptação e reflexão.

No programa, constatou-se que aprender não é memorizar informação, mas utilizar essa informação para fazer as mais diversas conexões, de modo a dar significação pessoal aos problemas, ao mundo e a si mesmo, assumindo posições. É estabelecer relações, é ter diálogos com as pessoas e com o conhecimento. Nesse processo, os alunos são pesquisadores, descobridores, criadores e produtores, operando transformações entre o saber teórico e a prática vivida.

Apesar dos limites concretos apresentados no capítulo 5, o programa realizou suas perspectivas nas suas grandes linhas.

Contrariando as chamadas receitas de sucesso ou a idéia de modelos a seguir, o EPISUS tem um papel fundamental e, para além de ser uma experiência inovadora na formação de profissionais de saúde, serve de base a um currículo que se pretende reflexivo, investigador e quem sabe, caminha para ser interventivo.

A esse debate é importante agregar a percepção de um nó crítico que se caracteriza pelo risco de tomar a aprendizagem em serviço como simples instrumento metodológico, desvinculado do projeto político-pedagógico. É fundamental evitar o viés de discutir apenas a partir da centralidade no sujeito que aprende, deixando de lado as condições concretas de prática e formação e a constituição do ensino como ação intencional.

Experiências e análises teóricas inspiradas nos pressupostos da educação permanente em saúde, como o EPISUS, precisam ser partilhadas viabilizando a produção de um conhecimento que fortaleça a mudança, contribuindo para que se possa construir um novo caminho mais eficaz e com bases educativas sólidas.

No entanto, para superar o tradicional é preciso começar, tendo a clareza de que o caminho se faz pela prática refletida e acompanhada, por isso é importante ressaltar a necessidade de um espaço institucional e político, que deixe em segundo plano fragmentações e hierarquias e permita a articulação de projetos transversais junto a outras áreas, como educação, meio ambiente, trabalho, moradia e seguridade social e principalmente dentro do próprio ministério, com secretarias como a SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde).

Assim, acompanhar e analisar o processo de implementação do programa é fundamental; determinar os fatores que vêm atuando enquanto dificultadores é essencial, bem como, reconhecer os aspectos facilitadores é de suma importância, pois, somente com base nos dados evidenciados é possível garantir a superação das dificuldades na construção de uma prática pedagógica condizente com o perfil do profissional a ser formado.

O programa tem duração de dois anos. Como em cada ano apenas são recrutados por volta de dez participantes, a massa crítica de profissionais qualificados só será atingida daqui a 10 ou 20 anos, pensando-se na dimensão territorial de nosso país.

Isso mostra que o EPISUS ainda está amadurecendo. Deve portanto, buscar aprender muito com as experiências vividas para alcançar um perfil dinâmico e ideal de formação, tendo o cuidado de não propor um currículo que concede ao aluno - parafraseando Henry Ford - a liberdade de “escolher qualquer cor desde que seja preto”, pois dessa forma, pouco se terá feito pela formação do aluno e muito pela obsolescência do programa.

A meu ver, o EPISUS precisa ter projeto, precisa de dados, precisa fazer sua própria inovação, planejar-se a médio e a longo prazos, fazer sua própria reestruturação curricular, elaborar sua proposta pedagógica. Da sua capacidade de inovar, registrar, sistematizar a sua prática / experiência, dependerá a sua eficácia no futuro.

A partir de tudo que já construiu até aqui, outro aspecto importante a ser considerado, a meu ver, é o aproveitamento das novas tecnologias, com a possibilidade de articular a aprendizagem em serviço com as distintas modalidades de educação à distância, ampliando ainda mais o espectro de atores e instituições que podem estar envolvidos no processo ensino/aprendizagem do EPISUS, construindo espaços de interação e de difusão de informações entre alunos, monitores e responsáveis pela gestão do serviço.

Para ser coerente com a inovação e emancipação que promove no processo formativo a que se propõe, é necessário que o EPISUS construa e discuta com os distintos atores do sistema, a proposta pedagógica do programa, baseada na formação integral, com um enfoque que vela pela formação de alunos como profissionais, indivíduos e cidadãos, sobrepassando a visão técnica e instrumental.

Há um papel a ser enfatizado na formação do EPISUS que se refere a intervenções voltadas à prevenção das doenças e sobre o direito que tem a população de contar com informação suficiente sobre os riscos que tem de adoecer e participar das decisões sobre o cuidado com a saúde.

A descentralização preconizada pelo EPISUS ampliará a demanda por profissionais que possam cumprir as tarefas de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Profissionais que, mais do que aplicar normas e empregar pacotes de conhecimentos disciplinares, tenham capacidade técnica e política para solucionar problemas complexos e que sejam capazes de aprender com a prática, mobilizando

conhecimentos a partir da experiência anterior e produzindo novos conhecimentos a partir da prática atual, competências essas que vem sendo desenvolvidas.

Se, como visto até aqui, a formação das pessoas corresponde, em grande parte a um trabalho realizado sobre si próprias, também é verdade que ninguém se forma sozinho. Por isso, a valorização da aprendizagem por via experiencial supõe o reconhecimento da importância das interações, formais e informais, nos processos de formação, daí a importância do Tephnet, congresso que reúne alunos, professores e coordenadores do programa de Formação em Epidemiologia de Campo espalhados pelo mundo e que acontecerá em novembro de 2006 pela primeira vez no Brasil.

Por fim, cabe ressaltar que este estudo não pretendeu esgotar as possibilidades de entendimento de toda a complexidade que constitui o EPISUS.

À luz dos pressupostos teóricos aqui destacados, a presente análise é, sem dúvida, uma das muitas formas de se focar o EPISUS.

Olhares diferentes deste constituirão outros estudos.

Do mesmo modo, temas que aqui despontaram, mas que não foram profundamente abordados, tais como, a relação entre a formação de recursos humanos em saúde e o controle social, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, gestão do conhecimento, redes sociais em saúde, entre outros, poderão se constituir em futuras propostas de pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Rio de Janeiro: Ed. UEL & ABEM, 1999.

ANDRADE, E., 1995. Vendedor de ilusões. In: *Centro de estudos sindicais*. Bahia: Gráfica e editora Jornalística Ltda.

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

ARETIO, Garcia. *Educación a distancia hoy*. Madrid: UNED, 1994.

AROUCA, A. S. Reforma sanitária brasileira. *Tema/Radis*, n.11, p.2-4, 1988.

BARBIERI, Marisa Ramos. *Construção do conhecimento do professor: uma experiência de parceria entre professores do ensino fundamental e médio da rede pública e a universidade*. Ribeirão Preto: Ed. Holos e SSCLRT.

BOMFIM, Manoel. *O Brasil Nação: realidade da soberania brasileira*, Rio de Janeiro, Topbooks, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS n.º 335, de 27 de novembro de 2003*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf. Acesso em: 28 ago. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004b.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de treinamento em epidemiologia aplicada aos serviços do Sistema Único de Saúde - EPISUS / Cooperação Técnica CDC – Svs / Ms - Plano Nacional – Brasil-2000/2005*

BRITO, Pedro. *Desafíos para los recursos humanos en salud dentro del marco de las reformas sectoriales*. Washington: OPS, 1999

BUMHAM, Teresinha F. *Complexidade, Multirreferencialidade, Subjetividade: três referências polêmicas para a compreensão do currículo escolar*. Revista Em Aberto, Brasília, ano 12. n. 58, abr./jun. p.3, 1993.

CAMPOS, J. J. B.; GORDAN, P. A. *Apresentação à nova proposta curricular do curso médico do CCS/UEL*. Londrina, 1997.

CANÁRIO, Rui. A prática profissional na formação de professores. In: CAMPOS, B. P. (Ed.). *Formação profissional de professores no ensino superior*. Porto: Porto Editora, 2001.

Cartilha Controle Social – Rede Feminista de Saúde, São Paulo, 2002.

COLL, César. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986. [Relatório Final]

CRANTON, P. *Planning instruction for adult learners*. Toronto: Wall & Emerson, 1996.

CUNHA, Maria Isabel da. O currículo do ensino superior e a construção do conhecimento. Disponível em: <http://www.unicamp.br/prg/forgrad/formem3j.html>. Acesso em: 17 fev. 2006

DESLANDES, Suely Ferreira. Epistemologia e método In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). *Caminhos do pensamento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DEWEY, J. *A experiência da educação*. São Paulo: Nacional, 1971.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 10, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/1020006.html>>. Acesso em: 25 jan. 2006.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

FEUERWERKER, Laura C. M. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. *Revista Olho Mágico*, v. 10, p. 21-6, 2003.

_____; RANGEL, Maria Lígia. *Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades: problemas da comunidade*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.22, dez., 2000.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

_____. *A pedagogia do oprimido*. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

_____. *Essa escola chamada vida*. 3. ed. São Paulo: Ática, 1986.

_____. *Política e educação: ensaios*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

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

GADOTTI, Moacir. *Paulo Freire: a prática à altura do sonho*. Disponível em: <http://www.paulofreire.org/gadotti_pf.htm>. Acesso em: 21 maio 2006.

_____. *Pensamento pedagógico brasileiro*. São Paulo: Ática, 1987.

_____. *Perspectivas atuais da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GARCIA, J.C. *La educación médica en la America Latina*. Washington: OPS, 1972.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W. (Org.); GASKELL, G.(Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GREGG, Michael B. *Epidemiologia de campo*. New York: Oxford University Press, 2002.

HADDAD JR., A. H. Elementos para el Análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud: tendencias y perspectivas. In: EDUCACIÓN Permanente de Personal de Salud. Brasília: OPS, 1994. (Série Desarrollo Recursos Humanos, 100)

LEBEL, C. P.; RADA-DONATH, A. *Construtivismo e formação à distância*. Tecnol Educ, 1994.

LEGRAND, Paul. *Introducción a la educación permanente*. Barcelona, Teide, UNESCO, 1973.

MARCONDES, D., 2000. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 2a.Edição. Editora Atlas S.A. São Paulo, 1990.

MARZOCHI, K.B.F., 1997. *A Construção da Pesquisa Clínica*. Rio de Janeiro. Mimeo.

MERCER, H., BRITO, P.; VIDAL, C. El contexto de los procesos capacitantes. In: EDUCACIÓN Permanente de Personal de Salud en la Región de las Americas. Brasília: OPS, 1992. (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 79)

MORAN, José Manoel. Novas tecnologias e o reencantamento do mundo. *Revista Tecnologia Educacional*, Rio de Janeiro, v. 23, n.126, set.-out., p. 24-6, 1995.

MOTTA, José Inácio. Educação permanente em saúde: o conceito, os pólos e a participação das ETSUS. *Revista Retsus*, Brasília, out. 2002.

PAIM, Jairnilson. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 557-67, 2003.

PERRENOUD, Philippe. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: ArtMed, 1997.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. *Cadernos RH Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. v. 3, n. 1, mar. 2006.

PRETI, Oreste (Org.). *Educação a distância: construindo significados*. Cuiabá: NEAD/IE UFMT, 2000.

RANGEL, Flaminio de O. *Ambientes multimidiáticos de aprendizagem: entidades mediando a autonomia*. Campinas, 2004. Dissertação (Mestrado), Instituto de Artes, Unicamp.

ROLDÃO, M. C. *Formação de Professores: qualidade dos modelos aos modelos para a qualidade* In: Os professores e a gestão do currículo. Perspectivas e Práticas em análise. Lisboa: Porto Editora, 1999

ROVERE, Mario. *Educação em saúde pública: qualidade e coalizões estratégicas* – In: BORRELL, Rosa Maria (Org.) *A formação de pós-graduação em saúde pública: novos desafios, novos caminhos* - Organização Panamericana de Saúde (OPS). Argentina, 2004.

SACRISTAN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SCHÖN, Donal A. *El Profesional reflexivo*. España: Paidós, 1998.

SÃO PAULO Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. Portaria *Portaria n.º 198/GM/MS*, de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: <http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0137>>. Acesso em: 22 de junho de 2006.

THACKER, S. B., GOODMAN, R. A., DICKER, R. C. Training and service in public health practice, CDC's Epidemic Intelligence Service. *Public Health Rep*. 105, 1990.

VEIGA, Ilma P. A. (Org.); CASTANHO, Maria Eugenia L. M. (Org.). *Pedagogia universitária: a aula em foco*. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

VYGOTSKY, Lev. S. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

Anexo I

Questionário

Nome:

e-mail:

idade:

Formação:

Origem (estado, cidade):

- **Faça uma descrição do EPISus, destacando entre outros aspectos: Quais os seus objetivos? Qual a metodologia educacional utilizada pelo programa? (ex: aula expositiva, atividades de campo).**
- **Como funciona a monitoria? Qual a sua opinião sobre essa proposta?**
- **Você considera o balanço entre teoria e prática adequado? Por que?**
- **Como você é avaliado no programa? Na sua opinião, para que serve essa avaliação? Ela cumpre os seus propósitos?**
- **Pela sua vivência, quais as maiores dificuldades encontradas no decorrer do processo? Cite pelo menos 3.**
- **Cite pelo menos 03 fatores críticos que contribuem para o sucesso do programa.**
- **Em termos profissionais, qual o impacto do EPISUS na sua carreira?**

Anexo II

EPISUS: surtos investigados em 2004 com a participação de técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Doença Exantemática, com diagnóstico de parvovirose	Minas Gerais Dezembro 2004	Notificação do aumento de casos de Doenças Exantemáticas (DE) em vários municípios do Sul de Minas Gerais, a partir de agosto, com diagnóstico sorológico negativo para Sarampo e Rubéola e reação sorológica positiva para Parvovirus B 19 em algumas dessas amostras. A equipe do EPISUS colaborou com as investigações e iniciou suas atividades nos municípios com maior taxa de notificação: Em Pedralva foram encontrados vários casos agudos, principalmente em escolares com uma taxa de prevalência estimada em 10% nas 5 escolas investigadas. Os casos em escolares deste município tratavam-se de uma DE com evolução branda.	(15 dias em campo)
Investigação de Intoxicação por Inseticida no Prédio Unidade II do Ministério da Saúde	Brasília – DF Novembro de 2004	Foram entrevistados 470 funcionários. Sintomas compatíveis com intoxicação por piretróide. Em investigação.	(07 dias em campo)
Investigação de caso suspeito de sarampo em Afogados da Ingazeira	Afogados do Ingazeiro-PE 05 – 12 de novembro de 2004	Criança de 9 meses que apresenta febre e exantema, sorologia com IgM+ e IgG- para sarampo, havendo soroconversão para IgG+. Não foram identificados casos novos. Encerramento final: Evento adverso à vacina contra o sarampo (PCR - FIOCRUZ).	(8 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Investigação de surto de síndrome cardiovascular por hantavírus	Santa Catarina 03 – 22 de novembro/2004	32 casos com 8 óbitos	(19 dias em campo)
Investigação de casos de eventos adversos à vacina tríplice viral, durante a campanha de seguimento contra sarampo	Santa Catarina (Rio do Sul, Blumenau e Florianópolis) 19 – 30 de outubro/2004	Foram 22 casos de eventos adversos do tipo alérgico à vacina tríplice viral de três regionais de saúde.	(9 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Investigação de surto de doença respiratória febril de etiologia desconhecida em adolescentes que visitaram Gruta em Unai/MG	Taguatinga/DF Investigação 05/10	<p>Em 02.09.2004, 42 alunos das 7ª e 8ª séries de colégio em Taguatinga, realizaram visitação a Gruta Tamboril. ~ 7 dias(Md) após, intervalo de 1 a 21, estes desenvolveram sintomatologia febril-respiratória acompanhada de cefaléia e quadro radiológico compatível com Histoplasmoze. Os exames laboratoriais, que consistem em Sorologia (imudifusão), cultura de escarro e teste de intradermorreação tudo direcionado ao <i>H. capsulatum</i>, demonstraram resultado negativo para este e para o agente da paracoccidioidomicose .</p> <p>O estudo epidemiológico (coorte-retrospectiva) aponta a Gruta como associada ao incremento de risco de adoecer. Além do grupo investigado, a ocorrência dois outros surtos, ocorridos em Novembro e Dezembro, com mesmas características clínico-radiológicas e de exposição(gruta tamboril), foi notificada reforçando achados estatísticos. Seguimento da investigação laborrtórial está em discussão.</p>	(30 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Surto de doença respiratória em indígenas no estado de Roraima	Distritos Indígenas de Roraima Investigação 04 – 22 de outubro / 2004	Ocorrência de 7 óbitos por doença respiratória, com suspeita de coqueluche, em crianças indígenas menores de 5 anos (das quais 3 são menores de 5 meses) da etnia Yanomami. Realizou-se investigação epidemiológica nas aldeias: Camará (etnia Macuxi), com 95 pessoas entrevistadas, sendo que 54% relatou ter tido febre ou tosse nos últimos 3 meses; Constantino (etnia Macuxi), com 65 entrevistados, sendo que 57% relatou ter tido esses sintomas e aldeia Arakohitheu (etnia Yanomami) com 42 entrevistados, sendo que 67% apresentou esses sintomas. Foram coletadas amostras para coqueluche, vírus respiratórios e sorologia para Chlamydia e Mycoplasma. Os dados são preliminares e a análise dos mesmos está em andamento. Aguardam-se os resultados laboratoriais. (Vírus respiratórios negativos no IEC/SVS). Demais pendentes.	(18 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Investigação de casos de eventos adversos à vacina tríplice viral, durante a campanha de seguimento contra sarampo	Curitiba/PR 21 de setembro a 07 de outubro de 2004	No dia 21 de agosto de 2004 o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recebeu notificações de eventos adversos pós-vacinais em número maior que o esperado para a vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (tríplice viral) aplicadas durante a campanha nacional de segmento contra o sarampo (seguimento). As notificações estavam associadas exclusivamente a vacina produzida pelo Laboratório C sendo urticária e exantema os sintomas mais relatados. As vacinas do Laboratório C foram substituídas e amostras dos lotes utilizados na campanha estão sendo analisadas no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). Foram investigados 27 casos (estudo caso-controle 1:4).	(17 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Investigação epidemiológica de surto de Hepatite Viral tipo A	Santa Bárbara/ Barbacena/MG 23 de agosto 18 de setembro	Surto de Hepatite A, de grandes proporções, com deslocamento de faixa etária. Em 2004, até a semana epidemiológica nº 29 haviam sido notificados 14 casos. A partir da semana nº 30 (25/07/2004) foram registrados mais 176 casos, totalizando 190. Até o momento a incidência geral para o município está em torno de 41,8/1000 hab. A incidência por faixa etária mostra que os adolescentes (15 a 19 anos) foram os mais acometidos, seguidos das crianças de 5 a 9 anos. Cento e vinte e dois casos se concentram em três bairros e uma localidade rural. Encerrado. Nº total de casos=	(25 dias em campo)
Óbitos em UTI neonatal de causa desconhecida	Aracajú/SE 19 de julho a 06 de agosto de 2004	Óbito em UTI Neonatal - 8 óbitos entre os dias 15 e 18 de junho. Sem hemocultura em nenhum óbito. 74 admissões em junho; 84 admissões em julho.	(26 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Surto de pneumonite com eosinofilia	<p>Manaus /AM</p> <p>1ª etapa – 05 a 30 de julho</p> <p>2ª etapa - 08 de agosto a 01 de setembro</p>	<p>64 casos prováveis (clínico + RX c/ infiltrado + eosinofilia >10%). (Estudo caso-controle intradomiciliar (29:29) e extra domiciliar (58:116). Em investigação e providências para encaminhamento e análise das amostras).</p> <p>Ressurgimento de novos casos suspeitos em julho/agosto em Manaus. Retorno da equipe de investigação em 08 de agosto.</p> <p>Identificação de possível fonte de infecção no município de Fonte Boa, no interior do Amazonas. A equipe de investigação se deslocou para a área onde foram entrevistados 72 casos e 144 não casos em dois bairros (em área urbana) e uma coorte com 40 doentes e 99 não doentes em uma localidade afastada (População ribeirinha).</p>	<p>(26 dias em campo – 1ª fase</p> <p>25 dias em campo- 2ª fase – até 01 de setembro)</p>

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Surto de malária causada por <i>Plasmodium vivax</i> em uma área não endêmica	Campo Largo/PI 14 de junho de 2004	3 casos importados, em indivíduos provenientes de região de garimpo no Suriname. Município: Campo Largo; área de assentamento 81 casos autóctones (79 na zona rural e 2 na zona urbana). Agente: <i>P. vivax</i> . Continuam surgindo casos esporádicos no município. Positividade de casos em município vizinho (Porto Marruás), com 8 casos autóctones em zona rural.	(19 dias em campo)
Surto de doença febril identificada como síndrome cardíaco-pulmonar por hantavírus no Distrito Federal	Distrito Federal e Goiás 23 de Maio, 16 de Agosto 2004	DF 29 casos (13 curas e 16 óbitos), moradores de São Sebastião Paranoá, Recanto das Emas, Ceilândia, Sobradinho, Brasília e Guará) Goiás - 05 casos, um de Cristalina e um de Santo Antônio do Descoberto). Valparaíso e Cristalina; Positividade para hantavírus (IgM e imunohistoquímica)	(135 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Surto de diarreia com isolamento de <i>V.cholerae</i> 01 Ogawa toxigênico em São Bento do Una/PE	São Bento do Una, PE Abril/Junho 2004	2.132 casos de diarreia. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 18 casos de cólera confirmados por laboratório de <i>Vibrio Cholerae</i> – O1 Ogawa – toxigênico; ➤ 114 amostras com isolamento de <i>Aeromonas</i> sp, sendo 58 <i>Aeromonas caviae</i>, ➤ outros agentes c/ menor importância até agora (<i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i> e etc) ≈ 200 amostras estão sob análise laboratorial	(52 dias em campo)
Raiva humana	Viseu, PA Maio, 2004	6 óbitos - identificação do vírus da raiva em 2, detectada variante 3, compatível com de morcego hematófago (<i>Desmodus rotundus</i>) Profilaxia (soro-vacinação) na população local, intensificação da campanha de vacinação animal, captura e controle de morcegos na região	(5 dias em campo)
Raiva humana, arbovirose, síndrome respiratória aguda	Portel, PA Março/abril 2004	15 óbitos – identificação do vírus da raiva em 10, detectada variante 3, compatível com de morcego hematófago (<i>Desmodus rotundus</i>) Profilaxia (soro-vacinação) na população local, intensificação da campanha de vacinação animal, captura e controle de morcegos na região	(21 dias em campo)

Suspeita inicial	Município/UF e período	Resumo da ocorrência (nº de casos, óbitos) Situação atual /Diagnóstico final	Tempo que os alunos permaneceram em campo
Investigação de doença febril possivelmente associado à epizootia	Bairro de Mãe Luiza, Morro Branco, Caicó Parnamirim, Parelhas, S. Gonçalo do Amarante/Natal e S. José Sabuji/ PB Janeiro a abril e Junho, 2004	Investigação de 09 óbitos em seres humanos Óbitos em seres humanos não associado à mortandade dos Sagüis. 1 óbito (Natal) por <i>Chromobacterium violaceum</i> . Entrevista com 428 pessoas residente nos bairros e funcionários do parque (Estudo corte transversal)	(Não informado)

Dados fornecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde /MS

Anexo III

EPISUS: surtos investigados em 2005 com a participação de técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde

Descrição do surto Local e período da investigação	Sumário (nº casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Condutas / recomendações
Surto de Malária em Cruzeiro do Sul/AC 17/11 a 13/12, 2005	21.399 casos suspeitos, com 3.775 casos confirmados e 07 óbitos. <i>Agente: Plasmodium falciparum e Plasmodium vivax</i>	
Surto de uveíte/granuloma ocular causa desconhecida em Araguatins/TO 17/11 a 09/01, 2006	No dia 28 de outubro, o Hospital de Referência de Augustinópolis/TO, notificou à SES/TO, 14 casos de ptes c/ nódulos oculares. A SES suspeitando de um surto solicitou colaboração da SVS/ MS que por meio do EPISUS iniciou uma investigação. De 14 casos, 86% (12) eram da faixa etária de 5 a 15 anos. Principais sintomas: hiperemia ocular, presença de caroço no olho, dor, e prurido. Ausência de febre ou cefaléia. A maioria dos casos relatou contato com o rio Araguaia e presença de caramujos no rio. Uma Malacologista da FIOCRUZ-BH coletou amostras de caramujos, para identificar as espécies presentes no rio e detectar caramujos infectados. O EPISUS realizou busca ativa para triagem de casos nas 40 escolas de ensino fundamental do município de Araguatins/TO. Foram examinadas 5.090 crianças e identificadas 240 (4,7%) com nódulos oculares ou manchas brancas na córnea. Cinco casos agudos e graves foram encaminhados imediatamente para atendimento no Hospital.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamento de dados clínicos 2. Contatos com a SES/BA p/localização de um caso 3. Reunião com profissionais de Unidades Básicas 4. Reunião com proprietários de hotéis/pousadas 5. busca ativa de casos em 40 escolas 6. Assessoria de oftalmologista de referência para a SVS – biópsia ocular e discussão clínica 7. Levantamento ambiental e estudo dos caramujos 8. Realização de estudo-caso controle para identificação de fatores de risco 9. Realização de reunião geral para discutir a situação e condutas adotadas 10. Implantação de sistema de vigilância

Descrição do surto Local e período	Sumário (casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Condutas / recomendações
Investigação de Surto de Rickettsiose no município de Petrópolis/RJ, .31/10 a 06/12/2005	Ocorrência de 30 casos confirmados incluindo dois óbitos entre pessoas que freqüentaram um local de lazer no município de Petrópolis no Rio de Janeiro. Rickettsia rickettsii	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamento de dados clínicos 2. Contatos com a SES/BA p/localização de um caso 3. Reunião com profissionais de Unidades Básicas 4. Reunião com proprietários de hotéis/pousadas 5. busca ativa de casos
Surto Suspeito de Intoxicação Exógena Ribeiro Gonçalves Piauí. 17/10 – 08/11	Registro pela SESAPI de 23 casos suspeitos de intoxicação por agrotóxico, e 04 óbitos. Quadro clínico: edema de MMII e face, dormência, dores na região lombar, às vezes anúria, cefaléia, dor abdominal , febre baixa, em alguns. Faixa etária: 20-30 anos. Antecedentes de trabalho em fazendas, com hipótese de intoxicação exógena.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Busca ativa 2. Entrevista com os casos 3. Estudo caso-controle 1. Reuniões técnicas para discussão dos casos 2. Atividades relacionadas à educação em saúde para a comunidade do município; 3. Inspeção sanitária e ambiental;
Surto de Gastroenterite Cruzeiro do Sul/Acre. Tempo no Campo: 17 dias (14/09 – 01/10)	No dia 13 de setembro de 2005, a COVEH/SVS/MS foi informada pela SES/AM da ocorrência de casos de diarreia nos municípios de Ipixuna, com 11 óbitos em crianças, 5 das quais residentes em aldeias indígenas da etnia Kulina. Imediatamente, a SVS entrou em contato com o DESAI/FUNASA buscando maiores informações sobre a área. No dia 14 de setembro, o DESAI/FUNASA entrou em contato com a Força Aérea Brasileira para solicitar a disponibilização de um helicóptero para conduzir técnicos as aldeias visando prestar assistência médica e realizar investigação epidemiológica. Agente: Rotavírus	

Descrição do surto Local e período	Sumário (casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Condutas / recomendações
Doença respiratória associada a poluição atmosférica Rio Branco, Setembro de 2005 (22/09 - 09/10)	Incremento no nº de atendimento ambulatorial e hospitalização por causas respiratórias (SESACRE), principalmente entre crianças e idosos, coincidindo com aumento da concentração de poluentes atmosféricos (fumaça) resultante de focos de queimadas distribuídos no Acre e em Estados e Países vizinhos, com maior intensidade entre 16 a 20 de setembro de 2005. Poluição atmosférica, devido à “queimadas”. Casos com 3010 doenças respiratórias agudas	<ol style="list-style-type: none"> 1.Reformulação do instrumento de coleta; 2. Levantamento de dados clínicos e condutas adotadas, principalmente aos doentes com sintomas respiratórios; 3. Desenho do estudo; 4. Orientações sobre medidas de prevenção e controle; 5.Coleta de material para exame laboratorial.
Surto de Gastreenterite em aldeias da etnia Kulina, Amazonas, município de Ipixuna, setembro 2005.	Ocorrência de 78 casos de diarreia, a partir do mês de agosto, no município de Ipixuna-AM, com relato de 11 óbitos, dos quais 5 óbitos entre indígenas da etnia Kulina. Diagnóstico: Rotavírus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação com técnicos e gestores para intensificação das ações de controle; 2. Coleta de amostras de fezes para exames laboratoriais; 3. Realização de estudo epidemiológico
Surto de Gastreenterite Rio Branco/Acre	Entre 24 de julho e 21 de agosto foram notificados 2.458 casos (diarreia, vômito, e febre em alguns casos). Várias pessoas necessitaram de internação. Foram registrados 06 óbitos – 5 em menores de um ano e um em criança de 03 anos de idade. HD: Rotavírus, veículo suspeito: Água armazenada devido à interrupção do fornecimento (estiagem)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação com técnicos e gestores para intensificação das ações de controle; 2. Coleta de amostras de fezes para exames laboratoriais; 3. Reposição de coletores de fezes 4. Orientação à população
*Eventos adversos pós-transfusão de sangue. Rio de Janeiro/RJ, Agosto de 2005 e São Paulo, Novembro, 2005	Suspeita de aumento de eventos pós-transfusão de sangue com bolsa X. * Investigação feita em conjunto com a Anvisa.	Anvisa adotou suspensão cautelar

Descrição do surto Local e período	Sumário (casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Condutas / recomendações
Surto de Toxoplasmose** Município de Agronômica/SC junho/julho de 2005	07 casos confirmados. Nenhum óbito <i>Toxoplasma gondii</i> - Veículo provável – água de uma fonte natural em zona rural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar os trabalhos de educação em saúde com a população 2. Realizar parcerias com órgãos competentes captação, tratamento e distribuição adequada da água para a população. 3. Aprofundar o estudo epidemiológico sobre fatores de risco e fonte de infecção
Surto de Gastrenterite Associada a rotavírus em Creche do MS, Brasília/DF. Julho/2005	12/28 (42,8%) das crianças c/ doença diarreica aguda, febre e vômito. Nenhum óbito. 7 casos em adultos, incluindo funcionários da creche e contatos domiciliares das crianças Rotavírus - confirmado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspensão das atividades -2 dias 2. Desinfecção local 3. Entrevistas c/ pais e funcionários 5. Palestras educativas
Surto intrafamiliar de Toxoplasmose em Santa Vitória do Palmar-RS 13 de julho a 01 de agosto 2005	10 casos confirmados. Não há registro de óbitos. <i>Toxoplasma gondii</i> – Sorologia dos casos	Realizado estudo epidemiológico <ol style="list-style-type: none"> 1. Interdição cautelar do alimento suspeito, 2. Assegurar assistência aos pacientes 3. Manter vigilância ativa
Surto de raiva humana transmitida por morcegos na região do alto Turi 13 de julho de 2005	3 óbitos confirmados. Mais de 300 pessoas agredidas. Agressão por morcegos hematófagos em pessoas expostas (domicílios sem portas e janelas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estruturação dos Serviços 2. Vacinação 3. Estudo ecológico c/ captura de morcegos 4. Orientação à população e profissionais de saúde 5. Planejamento de estudo “comportamental” dos morcegos (a ser realizado)

Descrição do surto Local e período	Sumário (casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Condutas / recomendações
Surto de malária autóctone por <i>Plasmodium vivax</i> no Distrito Federal 06 Julho 2005	02 casos confirmados de malária por <i>Plasmodium vivax</i>	Realizada busca ativa num raio de 2 Km. Não foram encontrados casos novos. 1. Manter as atividades de busca ativa por um período de no mínimo 3 meses; 2. Manter a realização de atividades de sensibilização de profissionais de saúde 3. Manter a realização de tratamento 4. Realizar treinamento específico para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias;
Investigação de dois óbitos por doença Febril desconhecida e casos suspeitos de pneumonia em Poconé /MT, 24 de Abril a 14 de Maio de 2005	Dois óbitos em uma mesma família, residente de fazenda (6 e 13 anos, sexo feminino). Mais quatro adultos com doença respiratória, da mesma fazenda. Hipótese: intoxicação pelo agrotóxico Tordon (ácido 2,4 dicloro-fenoxiacético).	Análise preliminar suspeita - doença nas crianças (óbitos) diferente dos adultos.

Descrição do surto Local e período	Sumário (casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Condutas / recomendações
Doença de Chagas Aguda Santa Catarina 14 de Março de 2005	24 casos confirmados. 5 óbitos <i>Tripanosoma cruzi</i> - relacionada ao consumo de Caldo de Cana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspensão da venda de caldo de cana pela ANVISA 2. revisão das normas para sua venda; 3. Fornecimento e aquisição de kits 4. Garantia de tratamento específico, criação de protocolo de acompanhamento clínico para os casos; 6. Realização de inquérito sorológico para Doença de Chagas no estado de SC.
Surto de diarreia com identificação de <i>V. cholerae</i> em São Bento do Una /PE Fevereiro de 2005	4 casos confirmados. Nenhum óbito <i>Vibrio Cholerae</i> – O1 <i>Ogawa</i> – toxigênico	Realizado estudo de coorte retrospectiva e CAP (conhecimentos, práticas e atitudes)
Surto de encéfalo-mielite aguda envolvendo o vírus dengue genótipo 3, durante período epidêmico Cacoal e Jaru/RO 26 de Janeiro a 31 de Março de 2005	Foram registrados 41 casos (28 em Cacoal, 11 em Jaru, 1 em Ouro Preto do Oeste e 1 em São Francisco do Guaporé) de doença consistente com encéfalo-mielite aguda, associada ao vírus da dengue. Os achados sugerem que a causa mais provável foi DEN-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforçar a vigilância de casos de Dengue 2. Encaminhar os casos identificados para avaliação neurológica 3. Capacitar profissionais das Vigilâncias Epidemiológicas 4. Capacitar médicos em manejo clínico de pacientes
Surto de doença febril de etiologia desconhecida no Baixo Guandu/ES Janeiro de 2005	Ocorrência de 11 casos, incluindo 03 óbitos, com hipótese diagnóstica de rickettsiose, porém sem consenso. (<i>Rickettsia sp?</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter Vigilância de doença febril 2. Orientar trabalhadores rurais para o correto manuseio e uso de equipamentos de proteção

Dados Fornecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde

Anexo IV

EPISUS: surtos investigados em 2006 com a participação de técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde

Descrição do surto Local e período da investigação	Sumário (nº casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Conduas / recomendações
Surto de diarreia em creche do Ministério da Saúde	(Não informado)	(Não informado)
Surto de diarreia Natal/Rio Grande do Norte 18/05/2006 (em andamento)	No mês de abril, a Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica – SUVIGE/CPS/SESAP-RN foi notificada sobre o aumento da ocorrência de casos com doença diarreica aguda (DDA), influenza (gripe) e dengue no Estado. Há a possibilidade de que esteja ocorrendo, concomitantemente, três surtos por etiologias diferentes ou de existir quadros clínicos diferentes para o mesmo surto. Até o dia 06 de maio de 2006, 37% dos municípios registraram 953 casos suspeitos de dengue, com sete casos suspeitos de Febre Hemorrágica do Dengue. No primeiro trimestre do corrente ano foram internados nos hospitais dos municípios do Estado, 4.146 pacientes com Doenças do Aparelho Respiratório.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Estabelecer a existência do surto 2. Caracterizar quadro clínico com descrição dos sinais e sintomas 3. Coletar amostras clínicas 4. Identificar agentes etiológicos 5. Recomendar medidas de controle 6..Propor medidas de prevenção imediatas
Intoxicação por inseticida no prédio sede do Ministério da Saúde.	No dia 08/04/06 foi iniciada uma desinsetização no prédio sede do Ministério da Saúde (MS). Foram utilizados produtos organofosforados e piretróides (aplicados em conjunto na forma de spray), e hidrametilona (em gel), descritos no anexo Alguns funcionários do MS acompanharam os trabalhos no sábado (08/04/06) e/ou domingo (09/04/06), pois foram encarregados de abrir e fechar as salas. No sábado, algumas pessoas manifestaram sintomas, e a partir de segunda-feira (10/04/06), mais pessoas sentiram-se mal. Na terça-feira (11/04/06) foi iniciada uma investigação por parte do EPISUS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer a existência do surto 2.. Realizar estudo epidemiológico

Descrição do surto Local e período da investigação	Sumário (nº casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)	Conduas / recomendações
Investigação de Óbitos de Etiologia Desconhecida em menores e 10 anos Região metropolitana e município de Natal/Rio Grande do Norte 01/03/06 (em andamento)	Em março de 2006 SES/RN informou a SVS/MS da ocorrência de óbitos em 03 crianças, residentes em municípios da região metropolitana de Natal. Estas crianças apresentavam quadro de broncoespasmos que não respondiam a medicação administrada e evoluindo com sangramento do aparelho respiratório. Em abril de 2006, mais três óbitos foram notificados com quadro semelhante. Foi montada equipe com técnicos da vigilância epidemiológica, assistência, SVO e laboratório e a investigação foi iniciada sob coordenação da SES-RN.. Em maio de 2006, mais cinco casos suspeitos foram identificados (ainda sem informação). Diante disso, em 02/05/2006 foi realizado o convite ao EPISUS para apoio a equipe de investigação.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer a existência do surto 2. Levantamento de dados sobre os óbitos e possibilidade de novos casos 3. Realizar estudo epidemiológico 4. Orientar profissionais da rede assistencial para identificação de casos suspeitos; 5. Divulgar o protocolo de atendimento para casos suspeitos
Investigação de casos de diarreia na reserva extrativista Riozinho do Anfriso/Pará 1/02 (em investigação)	Segundo informações de moradores, cerca de 20 pessoas estão na área com diarreia, sendo que ocorreu um óbito no dia 28 de janeiro, em uma criança de 1 ano e oito meses. Uma outra criança está internada no município de Altamira com diarreia, vômito e febre alta.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigação do surto 2. Deslocamento de um médico do hospital municipal para atendimento no local 3. Coleta de material para exames laboratoriais 4. Distribuição de frascos de hipoclorito 5. Educação em Saúde aa população 6. Busca Ativa de novos casos

<p>Surto de Toxoplasmose em Anápolis/GO 1/02 (em andamento)</p>	<p>No dia 31 de Janeiro, a SES-GO solicitou a colaboração do MS para a investigação de 26 casos notificados com enfartamento ganglionar, febre e mal estar geral. A sorologia realizada mostrou positividade para toxoplasmose, sendo dois casos em gestantes. Segundo informação do município, todos os casos estiveram presentes em uma festa de confraternização de Natal, promovida pela Polícia Civil, incluindo casos sintomáticos que residem em outros municípios, indo para a Anápolis somente para a festa. Há registro de 68 pessoas com sintomatologia compatível para toxoplasmose, confirmados em laboratório particular, sendo três gestantes, três com toxoplasmose ocular e um com sintomas hepáticos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar busca ativa em prontuários de pacientes e registros laboratoriais, assim como entrevista dos funcionários da Polícia Civil e seus funcionários que foram a festa; 2. Solicitar a SMS para viabilizar a realização da sorologia de todos os convidados da festa; 3. Entrevista com os manipuladores de alimentos; 4. Identificar oftalmologista e gineco-obstetra de referência para assistência dos pacientes
---	---	--

<p>Descrição do surto Local e período da investigação</p>	<p>Sumário (nº casos, óbitos) Etiologia / Veículo/ Local da provável fonte de infecção (LPI)</p>	<p>Conduitas / recomendações</p>
<p>Investigação de intoxicação por Temefós em agentes de vigilância ambiental Campina Grande/ Paraíba - 01/02/06 (em andamento)</p>	<p>Foram identificados, a partir de laudos médicos para afastamento do trabalho de campo, 8 casos suspeitos de intoxicação em agentes de vigilância ambiental que manipulam Temefós (Abate) em atividades de controle da dengue. Os sinais e sintomas apresentados foram: náusea, tontura, fraqueza, tremores, visão turva, diarreia, dermatite de contato, dor epigástrica, entre outros. Apenas dois foram afastados da atividade. Os casos suspeitos foram atendidos pelo médico do trabalho do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) durante o ano de 2005. Em 2004, foram atendidos no CEREST embora não por médico do trabalho.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião com Coordenador do Programa de Controle da dengue do Estado da Paraíba e no município de Campina Grande. 2. Visita ao Centro de Zoonoses-CG onde estavam sendo realizados exames de colinesterase plasmática entre os agentes. 3. Reunião com equipe multidisciplinar do CEREST; 4. Realização de testes de colinesterase eritrocitária (determinação de intoxicação crônica); hemograma completo e provas de função hepática e renal (tentaremos pactuar com município). <p>Determinação de composição e conformidades do lotes utilizados do produto (Temefós).</p>

<p>Surto de doença diarréica aguda Teresina/PI 29/01 (em andamento)</p>	<p>Foi notificada a SVS em janeiro deste ano a ocorrência de um surto de doença diarréica aguda, com registro de 5513 casos, no município de Teresina</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião com os técnicos da SES e Fundação Municipal de Saúde de Teresina; 2. Revisão dos prontuários médicos 3. Consolidação dos dados 4. Intensificação da coleta de amostras de fezes para identificação do agente etiológico 5. Orientação à população para que procurem a assistência médica na ocorrência de sinais e sintomas de diarréia, evitando a automedicação ou agravamento dos casos; 6. Divulgação e distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5% (duas gotas para cada litro, 30 minutos antes do uso) nos bairros e municípios que estão registrando casos de diarréia; <p>Orientação à população quanto à lavagem e desinfecção de alimentos crus, verduras e hortaliças com solução de hipoclorito de sódio.</p>
---	---	--

Dados Fornecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde