

## DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD Y EL PROCESO DE FORMACIÓN EN EL POLO REGIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE DE LA SALUD<sup>1</sup>

Neide Tiemi Murofuse<sup>2</sup>  
Maria Lúcia Frizon Rizzotto<sup>3</sup>  
Arlene Benini Fernandes Muzzolon<sup>4</sup>  
Anair Lazzari Nicola<sup>2</sup>

*La política de educación continuada en salud ha sido ejecutada por los Polos de Educación Permanente, de manera descentralizada. Para identificar las necesidades regionales del sector, se llevó a cabo el levantamiento de la situación de los trabajadores de la red pública de salud de 22 municipios perteneciente a la 10ª Región de Salud de Paraná. La investigación exploratoria, con enfoque cualitativo y cuantitativo, se utilizó de cuestionarios y del análisis documental. Los resultados mostraron que 35,6% de los trabajadores no participó en ninguna actividad de formación entre 2004 y 2006. En relación al vínculo de trabajo, 78,7%, tenían solamente un empleo, el 50,2% eran funcionarios concursados y 25,2% tenían contratos precarios, poniendo de relieve la incorporación de la lógica de productividad y flexibilización en el sector. Se concluye por la necesidad de contar con una política para el sector de la salud a nivel regional, con participación de los órganos formadores y de gestión del sistema de salud.*

DESCRITORES: recursos humanos; educación continua; sistema único de salud

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE E O PROCESSO DE FORMAÇÃO NO POLO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*A política de educação permanente em saúde vem sendo operacionalizada pelos Polos de Educação Permanente, descentralizadamente. Visando contribuir para a identificação das necessidades regionais do setor, realizou-se levantamento da situação dos trabalhadores da rede pública de saúde de 22 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. A pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e quantitativa, utilizou de questionário e análise documental para a coleta de dados. Os resultados revelaram que 35,6% dos trabalhadores não participaram de nenhuma atividade de formação entre 2004 e 2006. Em relação ao vínculo empregatício, 78,7%, possui apenas um vínculo, 50,2% são estatutários e 25,2% são contratados de forma precária, evidenciando a incorporação da lógica da produtividade e da flexibilização no setor. Conclui-se pela necessidade de definição clara do Polo de política para o setor de saúde que envolva os órgãos formadores e de gestão do sistema de saúde em nível regional.*

DESCRITORES: recursos humanos; educação continuada; sistema único de saúde

## DIAGNOSIS OF THE SITUATION OF HEALTH WORKERS AND THE TRAINING PROCESS AT A REGIONAL CENTER FOR PROFESSIONAL HEALTH EDUCATION

*The policy of professional health education has been put into operation by the centers of professional health education in a decentralized way. Aiming to identify the needs of the health sector at a regional level, a survey was carried out to investigate the situation of workers in the public health network of 22 cities in the 10th Paraná Health District, Brazil. Questionnaires and document analysis were used in this qualitative and quantitative exploratory study. Results revealed that 35.6% of the workers did not participate in any educational activities between 2004 and 2006. In terms of work contracts, 78.7% had only one job, 50.2% were government employees, and 25.2% had unstable contracts, showing that the sector incorporated the productivity and flexibility rationales. The conclusion is that the centers of professional education, jointly with teaching and management institutions, need to clearly define policies for the health sector at a regional level.*

DESCRIPTORS: human resources; education, continuing; single health system

<sup>1</sup>Apoyo financiero de la Fundação Araucária y de el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil; <sup>2</sup>Doctor en Enfermería, Docente de la Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Brasil, e-mail: neidtm@terra.com.br; <sup>3</sup>Doctor en Salud Colectiva, Docente de la Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Brasil, e-mail: frizon@terra.com.br; <sup>4</sup>Maestría en Salud Colectiva, Coordinador de el Polo Regional de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Brasil, e-mail: arlenemuzzolon@hotmail.com.

## INTRODUCCIÓN

La nueva dinámica del mundo de la producción ha provocado intensas transformaciones, especialmente en el mundo del trabajo, que, al incorporar nuevas formas de administración y tecnologías, reorganiza el proceso productivo, reduce los puestos de trabajo en la industria y contribuye para la expansión del sector de servicios<sup>(1)</sup>. En lo campo de la salud, a partir de la década de 1990, ese proceso fue favorecido por políticas públicas como el Programa de los Agentes Comunitarios de la Salud (PACS), agentes de combate a la dengue, entre otros, contribuyendo para la incorporación de trabajadores despedidos de otros sectores, sin calificación específica. Ese proceso, asociado a la mercantilización del sector, llevó al aumento de la rotación de personal en los servicios de salud pública, a la precarización de las relaciones de trabajo, impidiendo la creación de vínculos entre usuarios y trabajadores, el conocimiento de la realidad de salud de la comunidad, y, el propio trabajo en equipo<sup>(2)</sup>.

Además de esos problemas, otros, discutidos desde el inicio de la reforma sanitaria, como la necesidad de cambiar el modelo asistencial y la formación de los trabajadores de la salud, indican la existencia de un vacío entre la formación profesional y las necesidades del Sistema Único de Salud (SUS), en la medida en que los cursos de graduación continúan formando profesionales sin considerar el avance del sector público en ese campo, particularmente en la área de la Atención Básica. En ese aspecto, el SUS caminó más rápido que las cambios en la enseñanza<sup>(3)</sup>.

Durante los años de 1990, varios países de América Latina, inclusive Brasil, promovieron amplias reformas en sus sistemas de salud, sin embargo, estos estuvieron centrados en los aspectos de financiamiento y administración del sistema, con poca énfasis en los trabajadores de la salud, lo que puede haber contribuido para la persistencia de muchos problemas del sector como: la iniquidad del acceso y la permanencia del modelo hegemónico de atención a la salud<sup>(4)</sup>.

Es considerando ese contexto que se debe analizar la propuesta de educación permanente en el campo de la salud en Brasil, estructurada a partir de tres sectores: público, por convenios y privado; y en diferentes niveles de asistencia: primario, secundario, terciario y cuaternario, en los cuales la organización

del proceso de trabajo es distinta, con posibilidades de ser mediado por lógicas diferenciadas, tanto cuando se discute los niveles de asistencia como cuando se trata de los sectores público y privado.

La propuesta de educación permanente del Ministerio de la Salud (MS), en contraposición al concepto de educación continuada que trata de las actividades de enseñanza después de la formación inicial y tiene como finalidad la actualización y adquisición de nuevas informaciones, se presenta como una estrategia de reestructuración y de desarrollo de los servicios de salud, a partir del análisis de situaciones concretas, con el objetivo de producir cambios de valores y conceptos y la transformación de las prácticas de los servicios de salud. La educación permanente, dentro de esa perspectiva, mantiene una estrecha relación entre el proceso de formación y el proceso de trabajo en salud, con el uso de nuevas metodologías de enseñanza/aprendizaje, sobre todo la problematización. Se pretende que esta sea una estrategia de transformación de la formación/enseñanza y de administración del sistema, cambiando el proceso de atención a la salud, de formulación de políticas y de control social en el sector de la salud<sup>(5)</sup>.

El Polo Regional de Educación Permanente de la Salud del Oeste de Paraná (PREPS/Oeste), que integra este estudio, es una referencia para los municipios pertenecientes a la 10ª Región de Salud del Paraná (10ª RS) y fue creado a partir de una propuesta del MS, que busca instituir políticas de formación y desarrollo de trabajadores de la salud como una de las estrategias para la consolidación del SUS. Esas políticas están siendo implementadas de forma descentralizada, a partir de la creación, en todo el territorio nacional, de instancias interinstitucionales y regionales, denominadas Polos de Educación Permanente en Salud, que tiene como atribuciones: identificar las necesidades del sector, establecer negociaciones interinstitucionales e intersectoriales y formular políticas para la formación y el desarrollo de los trabajadores de la salud, entre otras. El Estado de Paraná fue contemplado con seis polos ampliados en las macro regiones de salud y 22 polos regionales, uno en cada región de salud<sup>(6)</sup>.

Para el cumplimiento de sus funciones, definidas por la Política Nacional de Educación Permanente en Salud<sup>(6)</sup>, el Colegiado de Gestión del PREPS/Oeste entendió ser necesario realizar un diagnóstico inicial del cuadro de recursos humanos

existentes, tanto del punto de vista cuantitativo como de otros aspectos referentes a la formación, en los diferentes niveles de la enseñanza formal, y de actualización, calificación, entrenamiento y cursos que esos trabajadores puedan haber recibido, después de la formación inicial, en el período estudiado.

En ese sentido, el presente estudio tuvo como objetivo realizar un levantamiento de la situación de los profesionales de la salud que actúan en la red de servicios públicos de los municipios de influencia de la 10ª RS e identificar las actividades de formación frecuentadas entre 2004 y 2006.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de estudio exploratorio de abordaje cuantitativo y cualitativo, desarrollado por medio de análisis documental de los proyectos aprobados e implementados por el PREPS/Oeste y de investigación de campo, siendo que la recolección de datos fue realizada por medio de cuestionarios, conteniendo preguntas abiertas y cerradas, distribuyendo a los trabajadores, actuantes en el sector público de salud de 22 municipios\* que integran la 10ª RS.

La recolección de datos ocurrió entre octubre de 2006 y marzo de 2007. Fueron distribuidos 4.000 cuestionarios, lo que corresponde al total de trabajadores del área de la salud de los referidos municipios. De estos, se obtuvo el retorno de 939 (23,5%), acompañado del término de consentimiento libre y esclarecido, debidamente firmado. El proyecto de investigación fue aprobado por el Parecer 097/2006 del Comité de Ética en Investigación, en el que participan seres humanos, de la Universidad Estadual del Oeste del Paraná.

Los contenidos de las cuestiones abiertas fueron agrupados en unidades temáticas<sup>(7)</sup> y los diálogos de los sujetos identificadas por un número de orden, precedido de la letra "Q". Las respuestas de las preguntas cerradas fueron sistematizadas en frecuencia absoluta y porcentaje. El agrupamiento de las ocupaciones fue hecho de acuerdo con la metodología<sup>(8)</sup> que diferencia las ocupaciones del sector de la salud, según la finalidad de su actividad y las clasifica en tres grupos: nuclear, afines y otras. El análisis tuvo como referencia la literatura relativa a la temática en estudio.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los participantes se caracterizan por ser en su mayoría del sexo femenino (78%), con escolaridad de nivel medio (55,2%), con jornada de trabajo de 40 horas/semanales (75,9%), con un único vínculo de empleo (78,7%) y con cinco años de tiempo de servicio (55,2%). El agrupamiento de las ocupaciones de los entrevistados puede ser acompañado en la Tabla 1.

Las ocupaciones del grupo nuclear predominaron en relación a las otras, considerando que del total de 50 ocupaciones encontradas, 20 de ellas eran del grupo nuclear (68,9%), 25 del grupo de las ocupaciones afines (23,1%) y cinco eran otras (3,1%) (Tabla 1). Entre las ocupaciones del grupo nuclear, el equipo de enfermería (enfermero, técnico de enfermería, auxiliar de enfermería y el agente comunitario de salud - ACS) fue mayoritaria (51,5%). A pesar de que el ACS no atiende el requisito de la exigencia de formación específica<sup>(9)</sup>, requerido por el grupo de la ocupación nuclear, constituye un nuevo miembro integrado al equipo de salud, a partir de políticas sociales implementadas por el MS, en la década de 1990. La diversidad en la composición de la fuerza de trabajo en la salud coloca la necesidad de realizar acciones efectivas del gobierno para regular la actuación ocupacional, con el objetivo de obtener calidad en la asistencia prestada, no dejando la regulación profesional solamente para el mercado<sup>(10)</sup>.

Relacionándose la escolaridad con la ocupación, se verificó que la mayoría (55,2%) poseía nivel medio, y apenas 1% maestría, siendo este el mayor nivel de escolaridad registrado. Considerando que el grado de escolaridad exigido es el nivel fundamental, llama la atención la cantidad de ACSs portadores de diploma de nivel superior (7,4%) y de especialización (2,3%). Ese resultado puede estar relacionado a la reducida oferta de empleos y al propio desempleo estructural que afecta a las sociedades capitalistas, sobre todo en los países periféricos. Entre los sujetos de la investigación, se verificó la presencia de un secretario de salud con formación de nivel medio y un coordinador con formación solamente de enseñanza fundamental. Entre los profesionales de nivel superior varios poseían más de una especialización.

\* Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leonidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Formosa do Oeste, Guaraniassu, Ibema, Iracema do Oeste, Jesuíta, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Tereza do Oeste, Santa Lúcia, Vera Cruz do Oeste.

Tabla 1 – Número de trabajadores, según agrupamiento de las ocupaciones. Cascavel, 2007

Grupos	Ocupaciones	N	%
Nuclear (644)	Agente Comunitario de Salud	258	27,5
	Auxiliar de Enfermería	115	12,2
	Enfermero	73	7,8
	Técnico de Enfermería	38	4,0
	Médico	30	3,2
	Cirujano dentista	28	3,0
	Agente de Endemias	21	2,2
	Auxiliar de Consultorio Dental	17	1,8
	Asistente Social	11	1,2
	Farmacéutico	9	1,0
Afines (217)	Otros	44	4,7
	Auxiliar Operacional	42	4,5
	Auxiliar Administrativo	40	4,3
	Chofer	35	3,7
	Celadora	28	3,0
	Técnico Administrativo	16	1,7
	Recreador	10	1,1
	Otros	46	4,9
Otros (29)	Coordinador	15	1,6
	Otros	14	1,5
En blanco		49	5,2
Total		939	100

En lo universo estudiado, la estrategia de la atención básica, eje reorganizador del sistema de salud, absorbe el mayor contingente de trabajadores del sector salud (Tabla 2). Las Secretarías Municipales de Salud fueron las principales empleadoras. En cuanto al local de trabajo, los Centros de Salud (33,2%), Unidades de Salud de la Familia (19,3%) y Unidades Básicas de Salud (17,5%) concentran la mayoría de las ocupaciones (70%), siendo la expresión del proceso de reorganización del sistema de salud que se opera en el país.

Tabla 2 – Número de trabajadores, según local de trabajo. Cascavel, 2007

Local de trabajo	Ocupaciones			Total
	Nuclear	Afines	Otros	
Unidad Básica Salud (UBS)	131	24	6	161
Centro de Salud (CS)	200	82	11	293
Secretaría Municipal de Salud nivel Central (SMS)	4	11	4	19
Unidad Salud de la Familia (USF)	163	8	-	171
Hospital	56	42	1	99
Regional de Salud (RS)	22	17	5	44
CS y USF	7	-	-	7
CS y otro	2	3	-	5
UBS y USF	5	-	-	5
CS y Hospital	3	-	-	3
UBS y Hospital	3	-	-	3
CS y UBS	3	-	-	3
UBS, CS y USF	1	-	-	1
CS y RS	1	-	-	1
UBS y RS	1	-	-	1
USF y otro	1	-	-	1
CS, SMS, USF y RS	-	1	-	1
Otro*	33	24	-	57
En blanco	8	5	51	64
Total	644	217	78	939

\*Escuelas, Ambulatorios, Emergencia, SIATE, Hemocentro, CAPS I y III y CASM.

A pesar de que la mayoría de los trabajadores estaba contratada como servidor público (50,2%), la presencia de la precariedad del trabajo se hizo evidente por la existencia de contratos temporarios (11,7%), otros tipos (7,6%) y vínculos omitidos (5,9%) (Tabla 3).

La mayoría de los que respondieron (78,7%) poseía solamente un vínculo de trabajo y la minoría (9,2%) de dos a cuatro vínculos de empleo. Entre aquellos con duplo vínculo de trabajo se encontraban miembros del equipo de enfermería (4,2%), el médico (1,5%) y el dentista (0,8%). En el área de la salud, el trabajo en turnos favorece los múltiples vínculos de trabajo y el múltiple empleo se transformó en una forma de compensar las pérdidas salariales, a pesar de los riesgos y perjuicio para la asistencia y para la salud del trabajador<sup>(11)</sup>.

Reproduciendo la tendencia más general de la economía contemporánea, el sector de la salud también incorporó la lógica de la flexibilización en las relaciones de trabajo, reduciendo los contratos formales, eliminando los límites de la duración de la jornada de trabajo y aumentando el volumen de contratos por tiempo determinado. Se estima que exista, en Brasil, un contingente aproximado de 600 mil trabajadores de la salud sin amparo legal, desprotegidos de sus derechos del trabajo, lo que ha afectado directamente a la calidad de los servicios y a la regularidad del trabajo de los profesionales<sup>(12)</sup>.

Tabla 3 – Número de trabajadores de la salud, según el tipo de vínculo de trabajo y el grupo de las ocupaciones. Cascavel, 2007

Tipo de vínculo	Ocupaciones			Total
	Nuclear	Afines	Otros	
Regido por Estatuto	276	154	21	471
CLT	182	22	1	220
Temporario	90	13	3	110
CLT y temporario	8	-	-	9
Estatuto y temporario	2	1	-	3
Otro*	54	10	3	71
En blanco	32	17	1	55
Total	644	217	29	939

\*Se refiere a cargo comisionado, cooperativa y entrenamiento.

La política de valorización del trabajador del MS, denominada "Terminemos con la precarización SUS", tiene como uno de sus desafíos ampliar el consenso sobre el concepto de trabajo precario<sup>(12)</sup>. Para los sindicatos de los trabajadores, el trabajo precario se caracteriza no apenas como la ausencia de derechos del trabajo y asistenciales legales, provenientes de tercerizaciones indiscriminadas, de contratos inexistentes o irregulares vía cooperativas y cargos comisionados para prestar asistencia directa

a la población<sup>(13)</sup>, como también por la ausencia de concurso público para cargo permanente o empleo público en el SUS<sup>(12)</sup>.

La reducción del cuerpo de trabajadores fijos y el aumento del número de profesionales en carácter provisorio<sup>(13)</sup> impactan la calidad de la asistencia de salud prestada, especialmente por la ocupación progresiva de estos como prestadores de servicios con participación puntual en el desarrollo de las acciones de salud, fragmentando el cuidado y fragilizando los proyectos asentados en la integralidad y en la equidad. Por lo tanto, la discusión de las prácticas de formación ligadas a proyectos de educación permanente no puede estar desvinculadas del contexto en que se configuran las políticas de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.

Las prácticas de formación, que tienen como objetivo la transformación de la asistencia de la salud, han sido discutidas en las Conferencias Nacionales de Salud y de Recursos Humanos, que constituyen marcos de definición de políticas para el sector de la salud<sup>(9)</sup>. Desde entonces, diferentes iniciativas en el campo de la formación en salud han sido desarrolladas, con destaque especial a las acciones de educación continuada y a las de educación permanente en salud. En cuanto la primera pretende contribuir para la reorganización de los servicios de salud, la segunda se dirige a la transformación en el proceso de trabajo, dirigido para la mejoría de la calidad de los servicios y para la equidad en el cuidado y en el acceso a los servicios de salud.

En lo proceso de socialización en las instituciones de salud, como campo de práctica y como instituciones culturales y educativas, es que se completa y afirma la formación de las diferentes profesiones, siendo moldadas las prácticas profesionales y las competencias necesarias al mundo del trabajo<sup>(6)</sup>. Las principales formas de actualización citadas por los entrevistados de la investigación, en un conjunto de nueve opciones, fueron: el repase de informaciones por la institución (26,6%), la participación en eventos (18,3%) y los informativos (13,8%). Y las menos citadas fueron: biblioteca (4,5%) y periódicos (4,9%). Esos resultados confirman la importancia de la iniciativa institucional para actualización de los trabajadores de la salud.

El levantamiento de las actividades educativas frecuentadas reveló que 35,6% de los trabajadores no participaron de ninguna actividad en el período investigado (2004 la 2006). Entre ellos, el

mayor contingente se concentró en las ocupaciones del grupo "afines" (46,5%), seguido por el grupo "nuclear" (31,7%) y "otras" (27,6%). Entre los que participaron de capacitación y actualización, la mayoría (40,6%) habían frecuentado entre uno y dos eventos en el período de tres años, por lo tanto, un registro de menos de una participación por año, índice considerado bajo, debido a la velocidad de los cambios ocurridos en el campo de la salud.

En relación a las actividades de formación promovidas por el PREPS/Oeste, en el período de 2004 la 2006, fueron aprobadas y realizadas 40 actividades entre cursos, eventos, talleres y entrenamientos, siendo 11 en 2004, 17 en 2005 y 12 en 2006. De ese conjunto de actividades, 12 (30%) tuvieron como objetivo enfermedades específicas, nueve (22,5%) tenían como objetivo discutir aspectos del SUS (principios y directrices o la administración del sistema) y la educación permanente fue objeto de cuatro actividades (10%). Las actividades del Polo resultaron de demandas de sectores de la 10ª RS, con el objetivo de entrenar y/o sensibilizar a los equipos municipales para ejecutar acciones específicas. Las metodologías de enseñanza empleadas estuvieron vinculadas, principalmente, a la estrategia de problematización, con momentos de discusión, estudio en grupo y exposición dialogada.

La participación en actividades de formación se constituye en una forma de democratización en las relaciones institucionales y puede ser estratégica para la recomposición de las relaciones entre la población, los trabajadores de salud y los gestores. Para lo tanto, es necesario superar la cultura organizacional, basada en la centralización de las decisiones y verticalización de programas y proyectos, como propone la política de educación permanente<sup>(6)</sup>. La participación entre los miembros de los grupos de las ocupaciones de la salud ocurre de manera desigual y desproporcional con privilegios para aquellos que ocupan cargos de administración en la estructura burocrática.

Los que participaron de las actividades de formación consideraron que fue una oportunidad de actualización técnico científica, tanto en el sentido de desarrollo de habilidades técnicas como para comprender los mecanismos de operacionalización del SUS como, por ejemplo, el control social y el pacto de administración.

Predomina, en la región investigada, una fuerte disociación entre la práctica de los trabajadores

de la salud y los principios del SUS, contribuyendo para la manutención de la relación vertical y desigual entre los que saben y los que supuestamente nada saben, como ilustra la siguiente declaración: [...] *la mayor dificultad es conseguir convencer a la población a seguir recomendaciones higiénicas de salud y de tratamiento adecuado* (Q923).

Las actividades, con foco en la relación personal, en la calidad del servicio, en la motivación y en la humanización de las atenciones, estuvieron presentes en las actividades de formación de los tres grupos de ocupaciones. Ese foco está de acuerdo con el modelo de la administración flexible el cual, entre otras características, presupone la capacidad relacional del trabajador<sup>(1)</sup>. De él se exige escolaridad mínima, como en el caso de los ACSs<sup>(9)</sup>, sin embargo, al mismo tiempo, se requiere una fuerte capacidad relacional para el trabajo en equipo y con la población atendida, lo que exige capacidad de adecuación, resolución de problemas e interpretación de las informaciones recibidas. Por lo tanto, atributos relacionales como cordialidad, buen humor y sonrisa son tomados como sinónimos de mayor humanidad y ganan primacía en relación al conocimiento técnico específico del área de la salud.

El discurso, aparentemente humanizado, fue incorporado por los participantes del estudio: [...] *el cliente debe ser bien atendido* (Q910). [...] *y al hablar con las personas, dar orientación, tenemos que demostrar amor* (Q382). [...] *los trabajadores deben sonreír más. Ser bien humorados ayudando unos a los otros. Ser más humanas, ser gentil* (Q663).

El énfasis, entretanto, dado el aspecto relacional con cordialidad, buen humor y expresiones de alegría han sido insuficientes para superar dificultades como, por ejemplo, las vividas por los ACSs que incluyeron poco conocimiento técnico específico, falta de reconocimiento profesional, tanto por los miembros del equipo de salud como por los usuarios. Además de eso, fueron citadas otras dificultades relativas a las condiciones de trabajo como la ausencia de estructura física adecuada, el reducido número de trabajadores y la insuficiencia de materiales y equipamientos.

Por lo tanto, se verifica que las dificultades de diversas órdenes que configuran los ambientes de trabajo en la salud no son superadas solamente con medidas de orden relacional. Además de ser insuficientes para efectuar cambios en la práctica profesional, se trata apenas de una estrategia refinada que pretende obtener desempeños mayores a costa

de quebrar la solidaridad entre los trabajadores<sup>(1)</sup>. Otra característica requerida por la administración flexible es el trabajador polivalente<sup>(1)</sup>, capaz de actuar en diferentes sectores por el desempeño de [...] *diversas funciones dentro del su cargo, evitándose así la rigidez del funcionario en una misma tarea* (Q328).

Esa declaración revela que la incorporación del discurso de la multifuncionalidad y de la polivalencia es propia del actual proceso de reproducción del capital. Las consecuencias de la "nueva" forma de administración del trabajo ha influenciado la relación entre los miembros del equipo, como fue mencionado por los entrevistados, al nombrar como dificultades: la competitividad, la desunión, la falta de democracia en el ambiente de trabajo, la ausencia de respeto por parte del superior jerárquico, de los colegas y usuarios, y el comportamiento poco ético por parte de la jefatura en relación al equipo y a los pacientes. Son obstáculos para el desarrollo del trabajo colectivo y contribuyen para los conflictos en el ambiente de trabajo, especialmente por tratarse de relaciones sociales en que intervienen diversos trabajadores, con diferentes intencionalidades, en que cada uno actúa de forma coherente con su visión del mundo, del trabajo y de las prácticas sociales.

La práctica más común en las instituciones de salud, de indicar personas para ocupar cargos, a partir de criterios como la alianza política establecida durante el pleito electoral, resulta en problemas, ya que, muchas veces, personas sin la debida preparación y conocimiento acaban ocupando cargos de decisión. Además de las frecuentes interrupciones de proyectos y programas que inviabilizan la planificación a medio y largo plazo, lo cotidiano del trabajador de la salud es marcado por las constantes cobranzas tanto por parte de los usuarios como de la coordinación, siendo expresado como uno de sus deseos que el [...] *funcionario público sea visto de una forma más humana y no como una máquina de trabajo* (Q758).

Entre las sugerencias para superar las dificultades vividas, los entrevistados mencionaron la oferta de cursos dirigidos a la formación, la motivación del trabajador y la mejoría del local de trabajo. Son declaraciones que colocan en evidencia un ambiente de trabajo poco adecuado para quien debería promover la salud.

El sufrido trabajo realizado puede explicar la reivindicación de la reducción de la jornada semanal de trabajo para una carga horaria de [...] *30 horas, este*

*trabajo es desgastante, causa estrés y requiere concentración (Q326). [...] y disponer de un profesional en el área de psicología para atender a los funcionarios (Q651, Q676, Q831, Q391). [...] con el objetivo de hacer salud mental con los funcionarios (Q100).*

Esas declaraciones muestran el desgaste vivido por el trabajador de la salud en el proceso de trabajo del sector que incorporó la lógica general del sector productivo, exigiendo la productividad y la calidad de la asistencia, sin la correspondiente mejoría de las condiciones de trabajo.

## CONCLUSIÓN

Este estudio colocó en evidencia que la mayoría de los trabajadores que actúa en la Atención Básica frecuentó algún tipo de actividad de formación o capacitación en el período evaluado. Sin embargo, los conocimientos adquiridos no siempre fueron implementados, en razón de los problemas organizacionales y gerenciales existentes. Se constató

la existencia de conflictos entre trabajadores y usuarios y entre los miembros del equipo provenientes de actitudes anti éticas.

La mayoría (50,2%) de los trabajadores era contratada como servidor público, sin embargo, se constató la presencia de vínculos de trabajo inestables, lo que puede tornarse una complicación para el desarrollo de los proyectos de educación permanente por la adhesión reducida, alta movilidad y rotación de los trabajadores en proyectos institucionales.

El diagnóstico, cuyos principales resultados fueron presentados en este trabajo, deberá orientar al Colegiado de Gestión del PREPS/Oeste de la 10ª RS del Paraná en la formulación de políticas de educación permanente en salud y en el establecimiento de prioridades para su actuación a corto, medio y largo plazo. Además de eso, colocará en evidencia, para las instituciones formadoras y para los gestores públicos, las reales necesidades del sistema de salud en lo que se refiere a la formación y desarrollo profesional de los trabajadores del sector.

## REFERENCIAS

1. Antunes R. Os sentidos do trabalho. São Paulo (SP): Boitempo Editorial; 2000.
2. Rizzotto MLF. Reflexões sobre a educação permanente no setor de saúde no Brasil. In: Ferreto LE, organizador. Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva. Francisco Beltrão (PR): Unioeste; 2006. p. 57-64.
3. Campos GVS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 1999 janeiro-março; 15(1):187-94.
4. Rigoli F, Rocha CF, Foster AA. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):7-16.
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente 2004, Portaria n.198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Minayo MC. Desafio do conhecimento. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
8. Dedecca CS, Rosandiski EN, Carvalho MS, Barbieri CV. A dimensão ocupacional de setor de atendimento à Saúde no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde 2005 janeiro; 3(1):123-42.
9. Lima JC, Moura MC. Trabalho atípico e capital social. Sociedade e Estado 2005 janeiro; 20(1):103-33.
10. Ministério da Saúde (BR). Câmara de regulação do trabalho em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
11. Medeiros SM, Rocha SMM. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. Ciênc Saúde Coletiva 2004 abril; 9(2):399-409.
12. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
13. Ministério da Saúde (BR). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 100-13.