UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CES
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS DA ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DEISE LÚCI MARQUES

Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ).

Niterói,
2006

ERRATA

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
Ofício 002/2005 Anexo	**06**	**Educação em Saúde: representações e práticas dos profissionais inseridos no Programa Médico de Família de Niterói.**	**Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ).**
Autorização de Pesquisa	**05**	**Educação em Saúde: representações e práticas dos profissionais inseridos no Programa Médico de Família de Niterói.**	**Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ).**

DEISE LÚCI MARQUES

Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ).

Pós-Graduação em Política Social

Área de Concentração Proteção Social e Processo Interventivos.

Prof Dra MÔNICA DE CASTRO MAIA SENNA - Orientadora

Niterói
2006

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

M357 Marques, Deise Lúci.
Educação em saúde na atenção básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ) / Deise Lúci Marques. – 2006.

172 f.

Orientador: Mônica de Castro Maia Senna.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2006.

Bibliografia: f. 150-161.

1. Política social. 2. Saúde da família. 3. Saúde e educação. 4. Programas pedagógicos. 5. Educação permanente. I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.82

DEISE LÚCI MARQUES

Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ).

Dissertação apresentada ao Curso de Pós - Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Política Social, Área de Concentração: Proteção Social e Processo Interventivos.

Aprovada em:

_____

Prof Dra MÔNICA DE CASTRO MAIA SENNA - Orientadora
UFF

_____

Prof Dra SELMA PETRA
UFF

_____

Prof Dra SONIA ACIOLI
UERJ

Niterói
2006

À meus pais, que possibilitaram o começo dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Com certeza algumas pessoas ficarão esquecidas, mas não significa que não tiveram participação importante nesse caminhar.

À amiga Maria José, que me fez acreditar em meu sonho de trinta e poucos anos;

Às amigas Cidinha e Ane, companheiras de longas datas;

Aos professores do curso de mestrado, pelos diálogos;

À minha orientadora Dra Mônica de Castro Maia Senna, por aceitar a invasão de privacidade como possibilidade de troca e acreditar que os números de anos que carrego não seriam empecilho;

As Dra Selma Petra e Dra Sonia Acioli, pela dedicação em ensinar;

À Dra Márcia Lisboa, pela troca de experiências desde o início;

À Níria, Elenita, Néa e Jaqueline funcionárias do PMF pelo incentivo;

Aos coordenadores do PMF, pela liberação para freqüentar o curso;

Á Maria Célia Vasconcelos, que oportunizou a minha chegada ao PMF;

Á coordenadora Marilza Cardoso, por dar-me o braço na chegada ao PMF;

Aos supervisores, amigos, que acreditam na possibilidade de mudanças através da Educação em Saúde;

À Denise Erbas por despertar-me a curiosidade pela saúde pública;

Á Carmen Colonese, pelas trocas bibliográficas e incentivos;

À Suzy, nova integrante do meu grupo;

Aos médicos de família, que contribuíram para a realização desse estudo;

As funcionárias da Pós-graduação-UFF, Lúcia e Skell pela paciência;

Á professora Rita de Cássia Santos Freitas, por acreditar...

Aos meus filhos, Tatiana que detém o gosto pelo saber; a Ana Paula que acolhi, a Daniel que ainda procura o seu lugar na história, a minha neta Ana Luiza que começa a dar seus primeiros passos;

Enfim a Teca, que me acolheu, enxugando minhas lágrimas de desespero, pesquisando nas madrugadas enquanto eu dormia, suportando o meu nervosismo, a minha angústia, as indecisões em repetir novas leituras, sendo meu porto, meu abrigo...

Tudo tem seu tempo [...]
Tempo de rasgar, e tempo de coser;
Tempo de estar calado, e tempo de falar [...]

Eclesiastes.

SUMÁRIO

Introdução 15

Capítulo I - Educação em Saúde na trajetória da Política de Saúde Brasileira 22
1.1 Educação em Saúde como prática normatizadora: a influência da doutrina higienista 24
1.2 Educação em Saúde e Desenvolvimento socioeconômico 35
1.3 Da ditadura militar à redemocratização da sociedade brasileira: questões para a Educação em Saúde 45
1.4 A implantação do SUS e o reforço à Atenção Básica em Saúde: novas possibilidades para a Educação em Saúde 50
1.5 Concepções de Educação em Saúde: múltiplas abordagens 55

Capítulo II - O Sistema de Saúde no Município de Niterói e o Programa Médico de Família 64
2.1 Características e antecedentes históricos 64
2.2 Implantação do Programa Médico de Família em Niterói 72
2.3 Dinâmica de Funcionamento do Programa Médico de Família de Niterói. 78
2.4 A Educação em Saúde no Programa Médico de Família de Niterói 87

Capítulo III – Educação em Saúde: a fala dos entrevistados 103
3.1 Perfil dos Entrevistados 103
3.2 Concepção de Educação em Saúde 111
3.3 O Programa Médico de Família e a Educação em Saúde 119
3.4 A Capacitação para a Educação em Saúde 130
3.5 A Educação em Saúde como investimento para mudanças 141

4 Considerações Finais 146

5 Referências Bibliográficas 150

6 Obras Consultadas 156

7 Apêndice 162
7.1 Apêndice A - Roteiro de Entrevista 163
7.2 Apêndice B - Perfil do Entrevistado 164
7.3 Apêndice C - Relação de Implantação 165
7.4 Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 166

8 Anexos 167
8. 1 Fluxograma 168
8. 2 Mapa 169
8. 3 Protocolo de Atividades em Grupo 170
8. 4 Ofício UFF / PMF 171
8. 5 Autorização de Pesquisa 172

Lista de Ilustrações

Figura 1 Quadro Comparativo entre o modelo hegemônico e o modelo dialógico de Educação em Saúde... 59

Gráfico 1 Distribuição por Sexo, 2006 104

Gráfico 2 Distribuição por Faixa Etária, 2006 104

Gráfico 3 Tempo de Formação Acadêmica, 2006 105

Gráfico 4 Tempo de Permanência no PMF, 2006..... 105

Gráfico 5 Distribuição por Escala de Formação, 2006..... 106

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AIDS - SÍNDROME DA IMUNO DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

AIS - AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE.

APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

CAP'S - CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÕES.

CCS - CONSELHO COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CLT - CONSOLIDAÇÃO DA LEI TRABALHISTA.

CONASP - CONSELHO CONSULTIVO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA.

CPN - CENTRO PREVIDENCIÁRIO DE NITERÓI.

CREMERJ - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO OD RIO DE JANEIRO.

DST - DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA.

ES - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ESS - ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL.

FAMNIT - FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES DE NITERÓI.

FMS - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

GBT - GRUPOS BÁSICOS DE TRABALHO.

GEL - GRUPO EXECUTIVO LOCAL

HUAP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO.

IAP - INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.

INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.

IQV - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

MPAS - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

NEP - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

NOAS - NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

NOB - NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PAB - PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA

PACS - PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

PAM - POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

PAISM - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PF - PLANEJAMENTO FAMILIAR

PMF - PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA.

PMN - PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI.

PPI - PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA.

PROESF - PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

SAU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

SES - SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE.

SESP - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA.

USP - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

VIPACAF - VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DE FAMÍLIA.

RESUMO

Esse estudo tem por objetivo examinar as concepções de Educação em Saúde que orientam a ação profissional dos médicos inseridos nas equipes básicas do Programa Médico de Família de Niterói (PMF). A Educação em Saúde é, tradicionalmente, uma atividade ligada ao campo da chamada Atenção Primária em Saúde e se constitui uma das pedras angulares do PMF. No entanto, a Educação em Saúde comporta diferentes concepções, construídas historicamente ao longo da trajetória da política de saúde no Brasil. Nesse sentido, analisar as concepções que orientam as ações dos profissionais se torna condição necessária para explicar a própria dinâmica de funcionamento das atividades desenvolvidas no âmbito do programa de Niterói. O estudo foi realizado com base em uma revisão sistemática da literatura nacional sobre Educação em Saúde e contou com entrevistas semi-estruturadas com uma amostra dos médicos de família do programa. As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo, considerando as seguintes dimensões: Concepções de Educação em Saúde; Educação em Saúde e o PMF; Capacitação para educação em saúde; Impactos das ações de educação em saúde nas condições de saúde da população. Os resultados apontaram que: conceituação de educação em saúde em geral bastante difusa, lacuna na formação dos profissionais médicos, capacitação insuficiente para qualificação e secundarização das ações de Educação em Saúde.

Palavras-Chave: Política Social. Saúde da Família. Educação em Saúde. Modelos Pedagógicos. Educação Permanente.

ABSTRACT

This study's goal is to examine the Education conceptions in Health that guide doctors' professional action inserted in the basic teams of the Medical Program of Family of Niterói (PMF). The Education in Health is, traditionally, an activity linked to the field of the Primary Attention call in Health and constitutes one of the angular stones of PMF. However, the Education in different floodgate Health conceptions, built historically along the trajectory of the health policy in Brazil. In this sense, analyze the conceptions that guide professionals' actions becomes a necessary condition to explain the dynamics of operation of the activities developed in the scope of the program of Niterói. The study was accomplished based in a systematic revision of the national literature about Education in Health and relied on interviews semi-structured with a sample of doctors from the program. The collected information was submitted to the Content Analysis, considering the following dimensions: Education conceptions in Health; Education in Health and PMF; Training for education in health; Impacts of the education's actions in health in terms of the population's health. The results pointed that: the idea of education in health in general is very diffuse, the gap in the professionals' medical formation, insufficient training for qualification and secondariness of the Education actions in Health.

Words-key: Social politic. Health of the Family. Education in Health. Pedagogical models. Permanent education.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a atuação dos profissionais médicos vinculados ao Programa Médico de Família do Município de Niterói, no que se refere às práticas de Educação em Saúde. Partimos do pressuposto de que qualquer mudança concreta que se pretenda realizar no modelo de atenção à saúde proposto pelo PMF deve considerar, necessariamente, a concepção dos profissionais acerca das atividades que exercem.

Esse tema de estudo, que me levou a ingressar no curso de mestrado em Política Social da ESS / UFF, circunscreve-se no campo da Educação em Saúde, entendida por nós como um processo de entrelaçamento de saberes e experiências de profissionais e usuários dos serviços de saúde sobre o binômio saúde-doença.

A proposta de estudo aqui desenvolvida decorre de minha experiência como profissional de Serviço Social da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Desde 1998, a minha atuação na FMS vem se dando no âmbito do Programa Médico de Família (PMF), no qual atuo como supervisora do Serviço Social junto à equipe básica de saúde, constituída por médicos e técnicos de enfermagem.

O PMF foi implantado no município de Niterói no ano de 1992, sendo uma das experiências pioneiras de Medicina Familiar no Brasil. Um dos objetivos do programa, segundo seus formuladores, é a implantação de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde, como forma de priorizar a população excluída do acesso à assistência à saúde e favorecer a integração desses sujeitos com os profissionais de saúde em todas as ações. Entre as várias atividades propostas pelo programa, a Educação em Saúde aparece como uma das prioritárias. De

fato, durante o tempo em que tenho atuado no PMF, observei que essa questão sempre foi concebida como atividade que deveria fazer parte do rol dos procedimentos básicos do programa.

Apesar disso, percebíamos ainda que exista um protocolo que orienta a ação dos profissionais de saúde, o mesmo não fornece o suporte no desenvolvimento das ações de Educação em Saúde.

Ao mesmo tempo, a Educação em Saúde não tem recebido a devida atenção no treinamento introdutório[1] dos profissionais inseridos no PMF, nem tampouco no processo de capacitação permanente[2]. Porém, como proposta metodológica do Programa, no processo de supervisão da equipe básica[3], o suporte aos processos de Educação em Saúde é atribuição do supervisor de Serviço Social.

Atuando nessa função, pude perceber que a Educação em Saúde no âmbito do PMF acaba se desenvolvendo conforme as concepções que os profissionais ali atuantes já traziam antes de sua inserção no Programa. Sendo assim, esses profissionais baseiam sua atuação no programa no modelo predominante de formação médica que ainda se orienta segundo o paradigma flexneriano[4], assentado em uma visão biologicista, curativista, hospitalocêntrica,

---

[1] Ao ingressarem no Programa Médico de Família, os profissionais passam por um treinamento introdutório, organizado e ministrado pela equipe interdisciplinar de supervisores. O treinamento introdutório tem carga horária total de 40 horas, concentrada em uma semana e aborda temas voltados para as especialidades para complementar capacitação em serviço.

[2] Desde que foi implantado, o PMF conta com um processo de capacitação permanente para os profissionais inseridos e que consiste em capacitar tecnicamente.

[3] A supervisão do PMF é constituída por profissionais de Serviço Social, Sanitarista, Gineco-Obstetrícia, Clínico, Pediatra, Saúde Mental, Enfermagem e tem por objetivo a capacitação em serviço.

[4] O Relatório Flexneriano, editado nos EUA nos anos 1920, recomendava as diretrizes básicas para a formação profissional dos médicos. Tais diretrizes eram marcadas pela ênfase no atendimento clínico individual, com foco no médico e nos aspectos biológicos da doença, na especialização médica e na atenção hospitalar. As recomendações desse relatório foram incorporadas de forma massiva pela medicina ocidental ao longo do século XX, confirmando o que

etc. Nessa perspectiva, a Educação em Saúde se pauta pelo tradicional modelo higienista, em que o profissional de saúde transmite aos usuários hábitos e comportamentos saudáveis. Essa tendência para valorizar os aspectos técnicos também está muito presente na formação dos técnicos de enfermagem.

Consideramos que muitos fatores contribuem para que essa atividade assuma distintas formas no cotidiano desses profissionais, entre os quais destacamos: a falta de discussão voltada para a elaboração e utilização do protocolo de atuação; a ausência de direcionamento para aplicação de modelos pedagógicos baseados no cotidiano desses profissionais médicos no âmbito do PMF e a lacuna na formação e capacitação dos profissionais em relação ao processo de Educação em Saúde, além das diversas conotações que esse processo vem assumindo ao longo da história,

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa é analisar as concepções dos profissionais médicos inseridos na equipe básica do Programa Médico de Família de Niterói no que tange à Educação em Saúde. Buscamos verificar sua correlação com a prática profissional e de que forma subsidia a construção do novo modelo de atenção à saúde proposto pelo Programa.

Que concepções de Educação em Saúde orientam a prática dos profissionais das equipes básicas de saúde? De que forma a proposta vem sendo implementada por estes profissionais no seu cotidiano? Como eles vêem a capacitação realizada pelo programa para o desenvolvimento da Educação em Saúde? De que forma avaliam a repercussão das ações de Educação em Saúde nas condições de saúde da população adscrita? Essas são algumas das questões que buscamos responder ao longo da pesquisa realizada.

Mendes (1999) denominou de modelo médico hegemônico. Nas suas palavras, "*o paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica*" (Mendes, 1999, p.239).

Ao mesmo tempo, caracterizar o perfil do profissional médico; analisar a correlação entre as metas e rotinas propostas no curso introdutório para o pessoal do Programa e examinar as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais médicos constituem os objetivos específicos do presente trabalho.

O estudo aqui desenvolvido se assenta em uma pesquisa qualitativa, que busca analisar as concepções dos profissionais que atuam no PMF Niterói em relação à prática de Educação em Saúde por eles desenvolvida no âmbito do programa.

A pesquisa envolveu diversas etapas inter-relacionadas. Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico, com consulta a artigos em banco de dados como **SCIELO, BIREME, LILACS** e **INTERFACE,** além de livros, dissertações e teses sobre a temática. Essa pesquisa bibliográfica restringiu-se a obras sobre o tema Educação em Saúde publicadas a partir de 1980. Buscamos textos que tratassem tanto das questões conceituais, quanto das referenciais, na análise de outras experiências concretas nessa área.

Buscou-se também realizar uma pesquisa documental em torno da legislação pertinente ao tema, através de consultas a documentos do Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde, à Fundação Municipal de Saúde de Niterói e ao Programa Médico de Família de Niterói.

Junto aos profissionais do PMF, a técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada, estratégia entendida por Minayo (1992:122) como;

> "*... uma ferramenta de pesquisa que permite manter o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto (...) o entrevistador se libera das formulações precipitadas, para introduzir ou fazer intervenções que visam abrir o campo de exploração do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões*."

As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados, documentada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e trabalhadas de forma a preservar o sigilo e anonimato dos respondentes.

A realização de uma entrevista piloto ratificou a versão inicial do roteiro de entrevistas (Apêndice A) e possibilitou a seqüência nas demais entrevistas, realizadas com os profissionais inseridos nas equipes básicas dos módulos do PMF (as unidades básicas de saúde). Essas equipes são compostas por um médico generalista e um técnico de enfermagem, morador da comunidade onde foi implantado o Programa.

Atualmente existem 108 equipes básicas, divididas em cinco Grupos Básicos de Trabalho (GBT) e cinco equipes de supervisão. Foram realizadas 25 entrevistas com médicos, que compõem as equipes básicas, sendo selecionados cinco profissionais de cada Grupo Básico de Trabalho (GBT). Essa amostra buscou abranger todo o município e garantir a análise de diferentes perfis possíveis das práticas de Educação em Saúde.

Complementa o nosso estudo a observação participante das atividades de Educação em Saúde executadas pelos médicos de família supervisionados por nossa equipe. No decorrer das minhas atividades como Supervisora de Serviço Social, pude observar as práticas educativas e as orientações individuais fornecidas pelos profissionais médicos aos usuários do PMF. Assim, durante minha ação profissional, coletamos informações que subsidiaram as análises aqui empreendidas. Para SCHWARTZ e SCHWARTZ (apud MINAYO, 1992:135), a observação participante é entendida como;

> "*Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto*".

Assim, a observação participante forneceu conteúdo complementar às entrevistas realizadas. As informações coletadas durante a observação foram registradas em um diário de campo, o que contribuiu para a análise do material levantado.

Sistematizando a pesquisa acima descrita, esse trabalho consta de três capítulos. Iniciamos com a revisão da literatura sobre a construção histórica do conceito de Educação em Saúde no Brasil, mostrando sua imbricação com as formas de organização dos serviços e práticas de saúde, que configura o primeiro capítulo da dissertação. Utilizamos como referências para a discussão sobre a temática, especificamente, as obras de Costa (1984,1986); Melo (1984); Stotz (1993); Valla (1997 / 1998 / 1999); Teixeira (2002) e Freire (1983; 1996).

No segundo capítulo, analisamos a implantação da política de saúde no município de Niterói, bem como o nascimento de propostas renovadoras na atenção primária à saúde, entre as quais se insere o Programa Médico de Família. Aqui, buscamos identificar a direção dada pelo PMF à Educação em Saúde, através do exame de documentos do programa, sobretudo daqueles referentes a sua metodologia, que define a Educação em Saúde como proposta de operacionalização das estratégias de ações básicas de saúde junto à população adscrita.

O terceiro capítulo baseou-se na Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, médicos de família do PMF. A análise desse material coletado se deu a partir da perspectiva da Análise de Conteúdo, que BARDIN; (2004:37) define como:

> "U*m conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*".

Entre as técnicas sugeridas por BARDIN (2004:99), optamos pela Análise Temática “que consiste em descobrir os ”núcleos de sentido“ *que compõem a comunicação, cuja presença ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.*

Seguimos as seguintes etapas, segundo orientação do autor para a execução da análise temática:

- Pré - Análise;
- Exploração do Material;
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Esse processo permitiu a construção das seguintes dimensões de análise: Concepções de Educação em Saúde; Educação em Saúde e o PMF; Capacitação para educação em saúde e Educação em saúde como investimento para mudanças.

Tais dimensões permitiram uma aproximação com as concepções dos profissionais médicos do PMF e seu rebatimento no processo de construção das intervenções profissionais nessa área.

Gostaríamos de destacar que esse é um trabalho inicial e sujeito a revisão, podendo apontar para outros estudos nessa área. Esperamos que os resultados aqui apresentados contribuam não apenas para o processo de produção de conhecimentos sobre essa temática, mas também possa subsidiar o aperfeiçoamento das práticas de educação dentro da política de saúde implantada no município de Niterói.

CAPÍTULO I

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.

Nos últimos anos, o tema da **Educação em Saúde** tem voltado a ocupar lugar de destaque nas produções teóricas no campo da Saúde Coletiva. Esta visibilidade está, de certo, associada ao privilegiamento, a partir de meados dos anos 1990, da Atenção Básica à Saúde e à implantação de programas e ações que pretendem introduzir alterações no modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, como **o Programa Saúde da Família** - **PSF**.

A temática, no entanto, não é nova e vem acompanhada, ao longo da história, por diferentes concepções e abordagens, às quais também se articulam ao modo de organização da assistência à saúde no país.

Este capítulo pretende fazer uma incursão pela história da **Educação em Saúde** no país, de forma a perceber as inter-relações entre as concepções e práticas da **Educação em Saúde** com os modelos de atenção constituídos no Brasil em diferentes momentos.

Embora as instruções sobre os hábitos de vida saudáveis remontem aos estudos bíblicos, neste trabalho tomaremos como ponto de partida a incorporação da **Educação em Saúde** como parte integrante da política de saúde desenvolvida pelo Estado brasileiro no inicio do século XX e seu processo ao longo do tempo.

Nosso entendimento é de que não é possível desvincular a análise das diferentes abordagens do tema das relações entre profissionais de saúde e usuários, da forma como os serviços de saúde se organizaram nos diferentes contextos históricos e, mais globalmente, da saúde enquanto política pública.

Pode-se dizer que a emergência da **Educação em Saúde** como prática sanitária se dá de forma articulada à construção do que vem a ser a Saúde Pública no Brasil.

No final do século XIX e início do século XX, o Estado brasileiro amplia as ações voltadas à saúde da coletividade, visando combater epidemias (varíola, febre amarela, peste, etc.) que atingiram os interesses econômicos dos setores de exportação do café. De fato**,** os interesses políticos e econômicos da elite dominante, voltados à exportação do café e ao incipiente processo de urbanização e industrialização iniciados na República Velha (1989-1930) colocam a necessidade de novas intervenções na saúde da população.

Institucionalizava-se, assim, a **Saúde Pública** como área de intervenção estatal, com ênfase no saneamento e na higienização das cidades, visando combater as doenças epidêmicas que atingiam a população de baixa renda. O foco principal destas intervenções sanitárias eram os cortiços, locais onde residiam as classes de baixa renda.

Desse modo, mais do que intervenções na área da saúde, essas ações estavam articuladas estreitamente vinculadas à adoção de uma política de reforma urbana e saneamento da zona portuária do Rio de Janeiro, então capital político - administrativa e econômica do país. Como afirmam Bodstein (1988:9).

> *"(...) estava em jogo a implementação de um amplo projeto modernizador e higienizador do espaço e das funções urbanas (...) neste projeto de redefinições da estrutura urbana, a higiene e os aspectos sanitários desempenham um papel fundamental. É em nome da higiene e da civilidade que se alargam avenidas, se derrubam cortiços e se proíbe o comércio de ambulantes no centro da cidade".*

Neste contexto, a **Educação em Saúde** surge como importante mecanismo de normalização de comportamentos das classes populares, assumindo um caráter higienista disciplinador e repressivo. As práticas de **Educação em Saúde**

assentavam-se em percepções que imputavam às classes populares a responsabilidade e culpabilização pela falta de higiene, pela ausência de saneamento e pela precariedade das condições de vida, o que tornava necessário o desenvolvimento de ações voltadas à higienização e disciplina destas classes.

Assim, a *"Educação em Saúde, no Brasil tem origem marcada por um discurso e prática normatizadores. Esses discursos operavam no sentido de uma conduta racional e laica perante a doença, contrapondo-se à ideologia místico-religiosa, então predominante, com base na força".* (Smeke e Oliveira (2001:118)).

A seguir, apresentaremos os períodos que demarcam transformações nas concepções de **Educação em Saúde** no Brasil.

1.1. Educação em Saúde como prática normatizadora: a influência da doutrina higienista.

A preocupação dos higienistas do início do século XX estava voltada para aparência da cidade, o controle do meio ambiente e a educação sanitária da população. Costa (1984:10) salienta que *"a reflexão sanitária sobre a cidade considerou que o bom estado de saúde urbana dependia da boa circulação dos elementos que, sendo vitais para o organismo humano, podiam, quando corrompidos, tornar-se perigosos e nefastos; a água e o ar"*[5].

[5] "A partir da terceira década do século passado, a família dos grandes proprietários começou a ser incisivamente definida pela higiene social como incapaz de proteger a vida da criança e do adulto. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a educação higiênica impôs à família da elite dominante uma educação física e moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos de moralidade sanitária. Esta educação, dirigida, sobretudo às crianças, modificou os costumes familiais, induziu o culto à saúde e alterou os velhos hábitos coloniais. Coincidindo com a ascensão dos ideais burgueses, os progressos de higiene social visaram alterar o perfil sanitário da família e dar-lhe uma nova feição: europeizar os costumes, urbanizar os hábitos. Objetivaram transformar a família colonial, composta de agregados, escravos domésticos e serviçais, em instituição conjugal e nuclear característica dos tempos atuais". (MELO, 1984:11).

Em 1902, o prefeito Pereira Passos deu início a uma reforma urbanística e higiênica da cidade. Na área da saúde, Oswaldo Cruz atacou em primeiro lugar a febre amarela, pelo combate aos mosquitos que a transmitiam, aproveitando método recente aplicado em Cuba. Dezenas de funcionários percorriam a cidade desinfetando ruas e casas, interditando prédios, removendo doentes. Foram especialmente visados os cortiços, conjuntos de habitações consideradas anti-higiênicas onde se aglomerava boa parte da população pobre. Muitos deles foram condenados à demolição. Vale dizer que, à época, a cidade do Rio de Janeiro era conhecida pelas freqüentes epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica (Carvalho 2004:73).

A visão higiênica delegou à medicina a responsabilidade de melhorar as futuras gerações brasileiras, entendendo que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas da doença, cabendo à medicina refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando neutralizar todo perigo possível (Costa 1984).

O mesmo autor afirma que, para os higienistas, os problemas sociais, urbanísticos e institucionais eram os causadores de doenças e a medicina seria responsável por dar cabo de todo o perigo iminente. Para ele *"as grandes transformações da cidade foram desde então justificadas como questão de saúde [...] iniciou [-se], enfim, a trabalhosa conquista profissional, técnica, exclusiva do poder da cura e controle sobre a doença rotulando as eventuais existências e os saberes alternativos de cegueira política, ignorância do povo, má-fé dos charlatões".* (Costa 1984:11).

A partir de 1903, os investimentos nas ações sanitárias foram voltados para equilibrar as contas do governo e para proteção do produtor agrário do café, iniciando-se, a partir daí, o combate à epidemia da peste.

> *"A prática sanitária orientada pelo modelo elaborado em fins do século XIX obteria, ainda assim, ampla legitimidade no interior do aparelho estatal, pelas quedas reais a partir de 1903 nos indicadores de mortalidade geral e na mortalidade vinculada a algumas doenças transmissíveis". (Costa 1986:70).*

Em 1904, Oswaldo Cruz iniciou o combate à varíola, através da obrigatoriedade da vacinação, o que acirrou o já acumulado conjunto de insatisfações da população com o governo, dando origem ao conhecido protesto denominado “Revolta da Vacina”. A oposição à vacina apresentou aspectos moralistas, principalmente porque a população desconhecia a forma de aplicação da vacina. Segundo Carvalho (2004: 75);

> *“Espalhou-se, no entanto, a notícia de que os médicos do governo visitariam as famílias para aplicá-la nas coxas, ou mesmo nas nádegas, das mulheres e filhas dos operários. Esse boato teve um peso decisivo na revolta. A idéia de que, na ausência do chefe da família, um estranho entraria em sua casa e tocaria partes íntimas de filhas e mulheres era intolerável para a população. Era uma violação do lar, uma ofensa à honra do chefe da casa. Para o operário, para o homem comum, o Estado não tinha o direito de fazer uma coisa dessas.”*

Também Oswaldo Cruz, em 1906, alertou para os altos índices de mortalidade por tuberculose. Porém, como a doença não impedia o trabalhador de continuar suas atividades laborativas antes de se tornar paciente terminal, a proposta não despertou interesse das elites dominantes. Como relata Costa (1984:78) as políticas de saúde pública *“só se tornaram realidade porque efetivamente responderam a necessidades imediatas da produção dominante”.*

Para os dirigentes da época, a educação em saúde começa a apresentar o formato de normas às quais o sujeito tem que se adaptar. Como relata Costa (1984:7):

> *“A estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos a sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim, do “bom” modo de andar a vida”.*

A pedagogia da higiene teve como preocupação principal a aparência física, psíquica e sexual de indivíduos, buscando corpos saudáveis. Costa (1984:16) afirma que *“a higiene considerou como de sua atribuição a criação dos hábitos*

sadios, o combate às "taras sociais "e a realização das grandes aspirações sanitárias do Estado".

E ainda, para Costa (1984:11-12), a:

> *"Educação higiênica do século XIX almejou, de fato, criar um corpo saudável. Corpo robusto e harmonioso, organicamente oposto ao corpo relapso, flácido e doentio do indivíduo de elite colonial. Mas este projeto de corpo para elites foi também o alimento espiritual para as ideologias racistas e os preconceitos sociais ligados a eles. Serviu para explorar e manter explorados, em nome da superioridade racial e social das elites brancas, todos os que, por suas singularidades étnicas ou pela marginalização econômica e social, não lograssem conformar-se ao modelo anatômico construído pela higiene"*.

Os governantes, mesmo com as propostas de higiene e o desagrado popular, insistiam em investir contra as habitações populares. Um relatório sobre habitações populares justificava a prática de controle social[6] exercida pelos higienistas.

> *"Ele* (esse relatório) *indicou que, para solução do problema habitacional no Rio de Janeiro, era necessário "procurar cumprir o mais possível os conselhos da prática higiênica". Estes estavam contidos na legislação que buscava controlar a construção das habitações populares, consideradas prejudiciais à saúde pública e aos preceitos sanitários: as habitações coletivas, os cortiços e lúgubres moradias onde vegeta a população indigente da cidade". Costa (1984:13).*

A habitação precária, a falta de emprego e a expulsão dos centros urbanos levam ao surgimento de comunidades pobres com elevado índice de morbidade, o que gerou a preocupação dos governantes, a partir de 1917, com as causas da "questão social".

Permanecendo com uma visão focalista, as autoridades sanitárias publicam a obra de Artur Neiva, *Saneamento do Brasil*, em setembro de 1917. De acordo

---

[6] O sentido de controle social aqui definido remete à concepção marxista de luta de classes, em que o Estado, através de suas diversas instituições sociais, constitui um instrumento da dominação da burguesia sobre os trabalhadores. Para um maior aprofundamento dessa concepção (FALEIROS, Vicente de Paula. Política Social do Estado Capitalista, 2000).
No inicio do século XX, o termo "controle social" em saúde, no Brasil, foi utilizado com significado praticamente oposto ao daquele utilizado hoje, ou seja, era visto como meditas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade (CARVALHO et. al. Controle Social em Saúde. Base da Saúde Coletiva. Editora UEL, 2001).

com Costa (1984:95), essa obra *"reunia uma série de artigos sobre o estado sanitário das populações rurais brasileiras, com ensinamentos e conselhos para o tratamento e profilaxia das endemias".*

> *"A ocorrência, em fins de 1918, de uma extensa crise sanitária provocada pela epidemia de gripe, assinalaria que as condições de vida das camadas populares urbanas atingiram níveis baixíssimos. A crise nas condições sanitárias da população atingiu o núcleo econômico e político da Republica, a cidade do Rio de Janeiro, e praticamente todos os centros econômicos de alguma importância". Costa (1984:86).*

A partir da assinatura do Tratado de Versalhes, em 1919, e o ingresso na Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil adotou algumas medidas voltadas à legislação social. Tais medidas podem ser vistas como respostas às exigências do operariado, que cobrava medidas que regulassem a jornada de trabalho, as condições de higiene, o repouso semanal, as férias, o trabalho de menores e mulheres, as indenizações por acidente de trabalho e outras que podemos citar como relacionadas à saúde. Mesmo assim, tais medidas eram restritas aos trabalhadores urbanos vinculados a contratos de trabalho, situação em que se cobrava dos patrões a melhoria nas condições de higiene e o pagamento de indenizações por acidentes de trabalho (Carvalho, 2004).

A Conferência Internacional sobre a Criança, realizada em 1919 nos Estados Unidos, tornou-se referência para as noções de higiene, as quais passaram a *ser "propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais na prevenção, para o que era mister educar os indivíduos, principalmente a criança".* O texto da conferência afirma ainda que nelas é "fácil criar hábitos sadios", enquanto o "homem maduro, já está formado, educado". Assim, o indivíduo adulto não era considerado capaz de adquirir informações relevantes acerca da educação sanitária.

Tal discussão vem modificar o pensamento dos educadores no Brasil, no momento em que a educação de adultos adquire destaque. Segundo Melo (1984:36), *"a educação não é só dirigida a jovens imaturos, passíveis de serem*

educados. O conceito de maturo, homem pronto, educado, foi reformulado. O adulto também é passível de sofrer o processo de educação. Ele também é capaz de mudança".

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde, em 1920, notamos que a natureza da atuação estatal manteve notável coerência: as campanhas sanitárias foram orientadas para os problemas de saúde que ameaçaram concretamente a expansão da capacidade produtiva ou que bloquearam a extensão das fronteiras do capitalismo nacional (Costa 1984) e as ações do Estado na área de saúde continuavam restritas às campanhas de vacinas.

Cria-se em 1923 a Sociedade Brasileira de Higiene, para auxiliar o Departamento Nacional de Saúde Pública na Educação sanitária como "controle dos pobres". Nesse mesmo ano, foi promulgada a Lei Elói Chaves, através da qual criou-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP's) dos ferroviários que, além de garantir a aposentadoria aos empregados, concedia pensões às viúvas em caso de morte desses trabalhadores. Dava-se início à exclusão dos trabalhadores não inseridos no mercado definido como formal na época. As empresas passaram a incentivar a criação das caixas de aposentadoria e pensões para os seus trabalhadores, como concebia a lei.

Com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os ferroviários, já na Primeira República, a assistência à saúde dos trabalhadores e de seus familiares passa a ter um atendimento diferenciado, pois fazia parte dos direitos adquiridos por esses trabalhadores no novo contrato social.

> *"Tipicamente, ela* (a CAP) *se destinava à criação de um fundo, mediante a contribuição dos empregadores, dos empregados e do Estado (este através de recursos adicionais de tributação e, portanto, mediante recursos extraídos do público), com o objetivo de garantir parte do fluxo da renda normalmente auferida pelo empregado, no momento em que ele se desligasse da produção - por velhice, invalidez ou por tempo de serviço, ou a seus dependentes em caso de morte, além de assistência médica". (Santos, 1987*:24*).*

Com a chegada de imigrantes, que eram politicamente mais organizados e exigentes que a mão-de-obra assalariada nacional, as reivindicações trabalhistas passaram a incluir direitos a aposentadoria, pensões e assistência à saúde para os trabalhadores e suas famílias.

Vale dizer que a assistência à saúde no interior das CAP´s era ainda residual. A ação pública predominante se pautava nas ações de vacinação e higienização do espaço urbano típicas da época.

Medidas voltadas a uma maior aproximação com a situação de saúde das classes populares foram adotadas ao longo da década, sendo a criação dos centros de saúde a mais emblemática. Segundo Cavalcanti (2001:15);

> *"Os Centros de Saúde surgiram nos anos Vinte, associados à implementação da educação sanitária. E concentravam, no mesmo local, todas as ações de saúde pública realizada numa região, e, tinham por objetivo conseguir a mudança de comportamento, através do convencimento da população, por meio de práticas educativas".*

Em 1925, quando o Serviço Sanitário de São Paulo foi reorganizado, foram criadas as Inspetorias de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Os Centros de Saúde ofereciam serviços de higiene pré-natal, higiene infantil, higiene pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório, etc. (Costa 1986).

Essa organização de serviços, sob direção de Raphael de Paula Souza, visou reunir, em lugar único e bem conhecido, todos os dispensários de saúde pública que serviam a um mesmo bairro. Nos mesmos locais, mas em dias e horas diferentes, revezavam-se especialistas médicos diversos para os vários serviços. Além disso, os Centros de Saúde serviam como base logística para o esforço de educação sanitária por intermédio de educadoras de higiene[7] -

[7] Como consta no artigo da Lei 2121, o curso, de nível médio, dirigia-se a professores primários, e gentes de classe. O objetivo expresso era ministrar conhecimentos teóricos e práticos de higiene para que estes professores os introduzissem, posteriormente, nos recém-criados Centros de

professoras especialmente instruídas em assuntos sanitários que buscavam induzir na população modos e atitudes favoráveis à ação dos serviços. (Costa 1986). Posteriormente, esse papel passou a ser assumido por enfermeiras e visitadoras sanitárias[8].

A partir da implantação dos Centros de Saúde no Rio de Janeiro, ao final dos anos 20, o Estado buscava verificar experimentalmente as vantagens da descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades e do funcionamento articulado de serviços de saúde pública. Contando com a colaboração das populações locais, a experiência teve grande êxito, motivando a criação de vários Centros de Saúde na cidade do Rio de Janeiro e em diversas capitais em fins de década de 20 e início dos anos 30 (Costa, 1986).

É possível afirmar que os Centros de Saúde tornaram-se os lugares privilegiados para o exercício de práticas sanitárias de caráter preventivo e sistematização das ações de educação em saúde (Bodstein e Fonseca, 1989). Porém, a educação em saúde neste período continuava seguindo com o objetivo de atingir as classes populares de forma a mantê-las higienizadas e disciplinadas.

Saúde e em escolas públicas, a partir de uma proposta eminentemente profilática. Candeias, N M F. Memória Histórica. FSP / USP, 1988.

[8]Em carta enviada por BORGES VIEIRA a PAULA SOUZA, em 15 de março de 1948, lê-se: *"Tendo acompanhado de perto a magnífica atuação de V. Excia, no campo da saúde, desde cerca de 1920, assisti ao nascedouro dos educadores sanitários e penso mesmo que não fosse a criação desse tipo de auxiliares, V. Excia. Não teria talvez obtido tão pleno êxito como obteve com a reforma de 1925, reforma essa que marcou época na história da saúde desde cerca de 1920, assisti ao nascedouro nessa época, como ainda hoje, tem-se procurado suprir a falta de enfermeiras visitadoras sem base alguma de curso secundário. Não dispondo de enfermeiras de alto padrão, V. Excia. Procurou formar as auxiliares referidas, partindo de pessoas com preparo equivalente ou mesmo superior ao exigido para admissão as escolas de enfermagem de alto padrão e em curso de duração mínima de um ano letivo, incluindo estágios... No início foi pensamento de V. Excia., creio eu, destinar essas auxiliares para o campo de educação sanitária, mas logo depois V. Excia. Houve por bem confiar-lhes outras funções, que incluem muitas das atividades de enfermagem de saúde pública, por não dispor de elementos outros para tal fim... No futuro, quando tivermos enfermeiras de saúde pública em número suficiente, então poder-se-ão delimitar as funções das duas atividades, ficando as educadoras sanitárias na educação sanitária de grupos de população e as enfermeiras nos serviços de enfermagem de saúde pública". (*Candeias, N M F. Memória Histórica. FSP / USP, 1988).

A partir da década de 1930, sobretudo a partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, mudanças importantes na relação entre Estado e sociedade vão se produzir, com reflexos importantes na saúde pública.

Segundo Carvalho (2004), a década de 1930 é considerada um divisor de águas na história do país. A partir deste período, houve aceleração das mudanças econômicas, sociais e políticas, a história começou a andar mais rápido.

Estas mudanças estão articuladas à implantação e ao posterior desenvolvimento do processo de industrialização no país e à formatação de uma engenharia organizacional do aparelho estatal brasileiro, cujos traços principais persistem ao menos até a Constituição de 1988.

As exigências do processo de industrialização que se iniciava e as pressões dos trabalhadores, em grande parte constituídos por imigrantes, foram fundamentais para a adoção das primeiras medidas estatais de proteção social.

O conceito de cidadania regulada, definida por Santos (1987), é fundamental para definir o conteúdo das mudanças introduzidas. Segundo este autor, por cidadania regulada entende-se o conceito de cidadania;

> *"cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei"*.

Assim, a associação entre cidadania e ocupação se caracteriza como uma marca importante do nosso sistema de proteção social que vigora em seus aspectos centrais até o final dos anos de 1980.

Três parâmetros são essenciais para a conformação do padrão de cidadania regulada: a carteira de trabalho, o sindicato público e a regulamentação

das profissões. Os direitos dos cidadãos são decorrentes dos direitos das profissões. Estas, por sua vez, só existem via regulamentação estatal. Como afirma Santos (1987:69):

> *"O instrumento jurídico comprovante do contrato entre Estado e a cidadania regulada é a carteira profissional que se torna, em realidade, mais do que uma evidencia trabalhista, uma certidão de nascimento cívica".*

Em 1933 é criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), dirigido aos marítimos, substituindo o modelo anterior das CAP´s. Como vimos, as CAP´s foram instituídas em 1923 pela Lei Eloi Chaves. Suas características são:

- Mutualista
- Por empresa,
- Gestão Tripartite.

Já os IAP´s eram organizados por categorias profissionais, com jurisdição do Estado e financiamento e gestão tripartite (Estado / Empregados / Empregadores).

Os IAP´s incorporaram os benefícios de aposentadoria e pensão das CAP´s e incluíram a assistência médica aos seus contribuintes e dependentes. Tal inovação foi seguida por outras categorias profissionais. Esse período foi considerado a era dos direitos sociais, em que o Estado assumiu e avançou às propostas de Proteção Social oriunda das caixas de pensões.

Pode-se dizer que os IAP's assinalam o início da Previdência social no Brasil, concebida como forma de seguro social. Nascia a Previdência Social, negando os direitos sociais aos cidadãos não inseridos no mercado formal de trabalho.

Essa forma de governar, tanto no Brasil como em outros países na América Latina, não conferia à população a noção de direitos, mas de privilégios ou favores prestados pelos governantes.

> *"Era um avanço na cidadania, na medida em que trazia as massas para a política. Mas, em contrapartida, colocava os cidadãos em posição de dependência perante os líderes, aos quais votavam lealdade pessoal pelos benefícios que eles de fato ou supostamente lhes tinham distribuído. A cidadania que daí resultava era passiva e receptora antes que ativa e reivindicadora". (Carvalho, 2004).*

A Constituição Federal de 1934 introduziu, pela primeira vez no ordenamento constitucional, um capítulo sobre a ordem econômica e social, reconhecendo os direitos sociais. O modelo do Estado novo varguista, com ênfase nos direitos sociais, encontrava terreno fértil na cultura política da população pobre dos centros urbanos. Essa população crescia rapidamente graças à migração dos campos para as cidades e do nordeste para o sul do país.

Grande parcela de trabalhadores formais e informais da área urbana ficou por alguns anos sem a cobertura da assistência social e, principalmente, da assistência à saúde, enquanto os trabalhadores do campo recebiam assistência à saúde como favor prestado pelos coronéis.

Este padrão de intervenção do Estado na área social também influenciou a área da saúde. Progressivamente, os IAP´s assumiam a assistência médica para seus segurados e dependentes. No entanto, o modelo de atenção à saúde predominante continuava ser o sanitarismo-campanhista do início do século XX, cujos traços principais foram aqui anteriormente explicitados.

Observa-se que o pensamento sanitário nesta época continuava sob forte influência das doutrinas higienistas. Mais do que isso, pode-se dizer que, em verdade, o período do Estado Novo exacerba uma certa visão eugênica, com forte influência da Alemanha Nazista. Este modelo tem sua base nas ciências biológicas e na compreensão de que cabe ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde.

O conceito de eugenia buscava o aperfeiçoamento físico e mental da raça humana e se baseava na visão funcionalista da sociedade, ou seja, na noção de sociedade como um conjunto estruturado e hierarquizado, que tende a funcionar harmonicamente com a participação natural de todos os seus membros, cada um dentro de sua "posição" na estrutura harmoniosa da sociedade. Desse modo, a Higiene traz para o nível do indivíduo a questão da determinação saúde / doença, retirando o foco de atenção das reflexões sobre políticas sociais, condições de vida e de trabalho da população (Pereira, 1993:21).

1.2. Educação em Saúde e Desenvolvimento Socioeconômico.

Os anos de 1940 marcaram o processo de democratização da sociedade brasileira após o período ditatorial do Estado Novo Varguista.

Neste período, *"as camadas mais humildes da população brasileira tinham visto surgir a possibilidade de reclamar perante o Estado o cumprimento de seus direitos. A chamada "questão social" torna-se questão legal, sobretudo em virtude do aparecimento da legislação trabalhista"* (Vieira, 1995:19).

Do ponto de vista político-econômico, o período que se estende até 1964 é caracterizado pelo avanço do processo de industrialização e urbanização da sociedade brasileira e da democracia de massas sob rubrica do populismo. No campo social, observa-se um alargamento das ações de serviços sob a égide do padrão de cidadania regulada.

Neste contexto, a educação sanitária assume novo discurso. Sob influência dos modelos norte-americanos de atuação higiênica, surge a higiene escolar que, para Costa (1984), consistia na determinação de um conjunto de regras de comportamento, de forma a promover reajustamento físico, mental e social e

contribuir para novos hábitos de vida sadia. O professor é considerado o agente principal das ações de educação em saúde e, com isso, passa-se à capacitação dos professores como estratégia para influir na saúde da criança, esta última vista como objeto multiplicador da visão eugênica. Como afirma (Costa, 1984:25).

> *"As pautas de higiene escolar desenvolvidas nesse período foram conseqüência desse esforço conjugado da educação, ciência e lei. A higiene escolar buscou a criação de técnicas de regulação e normatização visando a própria vida cotidiana. Objetivou o enquadramento dos modos e atitudes infantis, pensando educar higienicamente todo o povo".*
>
> *"A escola que é higiênica e que funciona com hábitos higiênicos contribui para educar o povo todo. As crianças adquirem bons costumes e os propagam em casa, onde desejam que tudo se passe como na escola, a cujo meio puro e sadio facilmente se acostumam"*.

Segundo Krausz apud Costa (1984), a educação em saúde entendia que o crescimento urbano acelerado, em função da migração, transpunha para a cidade traços culturais atrasados, proliferando a chamada "cultura da pobreza". Segundo Costa (1984:27), esses traços constituiriam um fator que afetaria a participação das populações à margem do processo de desenvolvimento econômico na cultura nacional. Era necessário, então, através da educação moral e sanitária, equipar esses indivíduos anômicos e marcados pela desorganização familiar de forma a integrá-los na vida nacional [9].

Ao mesmo tempo, é concretizado um convênio entre o governo brasileiro e o norte-americano para o incentivo da produção rural, que possibilitará a introdução de novas metodologias e novas técnicas tais como Desenvolvimento de Comunidade[10], educação de grupos e recursos áudio visuais, pelo recém criado Serviço Especial de Saúde Pública - SESP (Ammann 1980).

---

[9] Essa concepção deriva da forte influência da Teoria da Marginalidade, marcada por uma visão dualista entre um Brasil moderno e outro atrasado, que tanto marcou o quadro teórico analítico do Desenvolvimento de Comunidade e as intervenções do Serviço Social à época. Para maior conhecimento, ver Safira Amman (1980).

[10] Desenvolvimento de Comunidade é então definido pela ONU como "processo através do qual os esforços do próprio povo se unem aos das autoridades governamentais, com o fim de melhorar as

O serviço foi criado em 1950, com o apoio do Governo Norte-Americano e destinava-se inicialmente a desenvolver ações de saúde voltadas para trabalhadores e população ligadas a extração da borracha na região Norte do país.

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP - deu-se ênfase às novas práticas educativas em saúde, as quais foram institucionalizadas através do Serviço Nacional de Educação Sanitária. Este se vincula à ideologia desenvolvimentista da época do Estado Novo, voltada à modernização, com a intensificação da industrialização brasileira. Há uma preocupação do Estado em ampliar as práticas educativas, estendendo o alcance das medidas sanitárias à população. Este período pode ser caracterizado pela ideologia do desenvolvimento de comunidades, que se direciona não somente ao indivíduo, mas à sua condição social. As práticas sanitárias ancoradas no SESP introduzem novas tecnologias de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional. (Vasconcelos, 2000 apud Santos, 2003).

O SESP teve influência na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública e, particularmente, no currículo da educação sanitária. Os “fatores sociais, econômicos e culturais“ são incorporados na maneira de perceber e explicar a saúde/ doença. A educação sanitária deve considerar esses fatores que se constituem “barreiras” para ação educativa. Para Melo (1984), embora aqueles fatores sejam considerados para compreender a doença, esta é ainda percebida como fenômeno individual. Os indivíduos oferecem uma “barreira“ cultural, econômica e/ou social que deve ser diagnosticada, no sentido de rompê-la.

No início dos anos cinqüenta, foi criado o Ministério da Saúde, incorporando a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde - que havia

---

condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente para o progresso do país”. (CBCISS 1962:25 apud Amman, 1980).

sido institucionalizado anteriormente para gerenciar e dar solução ao problema sanitário nacional. Esse novo órgão nasce com um orçamento escasso que reflete o descaso do Estado, para com as ações de saúde pública, enquanto os segurados dos IAP´s continuavam recebendo atenção médica no âmbito dos institutos.

Nesse mesmo período, assistiu-se ao surgimento da Medicina Preventiva no Brasil baseada em um projeto pedagógico voltado para a formação de sanitaristas. Estes profissionais são capacitados a trabalharem com essa nova vertente das práticas de saúde, para prevenir o surgimento das doenças, em vez de tratá-las, enfim como uma nova forma de intervenção sobre a saúde e a doença na sociedade. No entanto, as idéias da Medicina Preventiva enfrentaram grandes dificuldades para serem efetivadas na prática, pois essa proposição não separou a ação individual da coletiva, nem a esfera da atenção básica da hospitalar, enfrentando dificuldades para superar limites e a divisão na forma de se organizarem as instituições de saúde.

Para Arouca (1995) a ideologia de Desenvolvimento de Comunidade forneceu as bases para a institucionalização da Medicina Preventiva no Brasil: a medicina preventiva social originada nessa mesma época recebeu seu aporte teórico/técnico da medicina comunitária, cujos elementos principais são apontados por Silva Jr. (1998) como: coletivismo restrito; integração de atividades promocionais, preventivas e curativas; desconcentração de recursos; tecnologia adequada; inclusão de práticas médicas alternativas; utilização de equipe de saúde e participação comunitária.

A organização das comunidades vai estar ligada a projetos e programas diversos, que contam com ajuda técnica e financeira dos Estados Unidos, e que atuam principalmente nas áreas de saúde, educação, agricultura, extensão rural e o *”serviço social se soma à educação e à saúde, enquanto prática de intervenção social".* (Melo, 1984).

A Saúde Pública recebia de Vargas certa atenção, mas subordinada ao desenvolvimento econômico do país. Em 1952, ele salientava que as questões relacionadas com a saúde reproduziam a situação econômico-social do país admitindo que a solução destas questões nasceria do desenvolvimento brasileiro.

> *"Para Getúlio, a parcela da renda nacional destinada à conservação da saúde da população era igual à dos países desenvolvidos no momento, sendo isto para ele paradoxo. Raciocinando economicamente, chegava à conclusão de que tal equiparação (entre o Brasil e os desenvolvidos da época, em termos de aplicação na Saúde) não poderia manter-se quanto aos investimentos de maior influencia sobre o progresso real do País". (Vieira, 1995).*

Para o governo, dentro das circunstâncias vigentes, bastavam os recursos que vinham sendo empregados na saúde pública, tendo a preocupação com melhor planejamento e melhor coordenação das atividades sustentadas por eles. Então, segundo entendia Vargas, *"era suficiente distribuir recursos orçamentários aos serviços de saúde seguindo estritamente a escala de prioridade, sempre se levando em conta as necessidades do desenvolvimento econômico".* (Vieira, 1995:48).

Assim o objetivo principal da Saúde Pública para Getulio era continuar o trabalho sanitário, alargando as medidas de prevenção e de assistência.

> *"Apoiando-se no serviço especial de saúde pública, que elaborara amplo programa para ação na área, Getúlio propunha-se a combater as falhas referentes à nutrição, ao saneamento, à assistência médica e a educação sanitária do povo brasileiro". (Vieira, 1995).*

Para Vargas, as ações de saúde realizadas pelas campanhas sanitárias representavam, no Brasil, o centro das atividades do governo federal. As campanhas eram utilizadas como propaganda política.

> *"Em 1952, destacava o combate à doença de Chagas, à malária, à febre amarela, à peste, às verminoses, ao tracoma e à bouba. Através destas campanhas, e de outras como as de erradicação das doenças venéreas e da tuberculose, Getúlio queria abrir novas possibilidades de intervenção governamental no campo da Saúde Pública, nos anos vindouros".* (Vieira, 1995:48).

A tuberculose teve atenção do governo federal com a Fundação do Instituto Nacional do B.C.G., mas era através da Campanha Nacional Contra a Tuberculose que se desejava erradicar a doença no Brasil.

> *"Da mesma maneira acontecia com o câncer. Embora se intensificasse a edificação de outras instalações destinadas a atender casos desta doença e se propusessem convênios relativos a ela a serem assinados com vários Estados, a Campanha Contra o Câncer ganhava do governo getulista uma dimensão superior, portanto, as campanhas constituíam instrumento de aglutinação de atividades programadas para atacar determinada doença, figurando ainda como alternativa poderosa e rápida na luta contra ela". (Vieira, 1995*:49*).*

Vargas demonstrou interesse em outras ações ligadas à Saúde Pública, tais como a educação sanitária (especialmente por meio do Serviço Nacional de Educação Sanitária); a fiscalização e a profilaxia dos portos e dos aeroportos (em particular através do Serviço de Saúde dos Portos); a proteção à maternidade e à infância (com a cooperação do Fundo Internacional de Socorro à Infância). (Vieira, 1995).

A construção de hospitais e de ambulatórios para o tratamento de determinadas doenças, como as mentais, fez parte do investimento na Saúde Pública como única solução para tratamento de tais moléstias, segundo a visão do Presidente da República.

A Política de Saúde do período (08/54 a 11/55) estabeleceu diretrizes voltadas para a Saúde Pública.

> *"Mesmo assim, o Presidente Café Filho, entendia que as atividades voltadas para a solução dos problemas sanitários já haviam avançado além do permitido pelos recursos nacionais, embora estas atividades ainda nem correspondessem ao conjunto das exigências do País. Entre as medidas adotadas por ele neste campo ressaltava o início da elaboração do Código Nacional de Saúde". (Vieira, 1995).*

O presidente Juscelino Kubitschek *(*1956-1961*)*, destacava que a responsabilidade da Saúde Pública cabia ao Ministério da Saúde, que surgira em

1953, separando-o do então denominado Ministério da Educação e Saúde. Para o Presidente a finalidade central do novo Ministério consistia em impedir o aparecimento de doenças e em alongar a vida.

> *"Para o Presidente da República, esta finalidade constituía a essência de todo o programa de Saúde Pública, ocupando-se com questões de maior conveniência aos habitantes do País, como a morbidade e a mortalidade. Neste ponto, segundo ele, as populações da zona rural careciam de grande atenção, por ter colhido menos proveito dos avanços da medicina" (Vieira, 1995).*

No primeiro ano como Presidente da República, Kubitschek expõe sua preocupação com as ações de Saúde Pública, apontando alguns tópicos fundamentais que são apontados por Vieira (1995:114);

I - ação decisiva na luta contra as endemias rurais;

II - doenças de massas, continuação, sem desfalecimento, da Campanha contra a Malária;

III - a Campanha Nacional contra a Tuberculose continuava a merecer seu apoio;

IV - estudo da situação da assistência médico hospitalar, principalmente das comunidades menos favorecidas, para organização de um plano orgânico geral...;

V - execução de uma política de alimentação;

VI - continuidade dos planos de saneamento dos núcleos de população mais densos...

A Saúde Pública não teve efetivamente uma evolução no período de Juscelino. O combate às doenças de massas e saneamento básico continuava a fazer parte das propostas governamentais.

> *"O presidente lamuriava-se com a falta de médicos e com a ausência de serviços de saúde em inúmeras localidades. Portanto, sua preferência recaía*

> *invariavelmente na melhoria das condições de saneamento das diversas regiões brasileiras, no maior investimento de capital na assistência de saúde e, de modo particular, na eliminação de determinadas doenças transmissíveis" (Vieira, 1995).*

Em 1957, é publicada a obra de José Arthur Rios **Educação de Grupos,** especialista em Educação Sanitária nos Estados Unidos e funcionário do SESP, que salienta "a importância dos grupos de base na construção de um regime político adequado às necessidades naturais e aos fins últimos do homem", propõe a educação de comunidade como um "tipo de educação social que visa a promover o levantamento dos níveis e padrões de vida de uma comunidade inteira através do planejamento democrático de suas possibilidades e recursos". (Ammann 1980).

A obra de Rios, publicada pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde, consiste na reunião de suas apostilas de aula, numa tentativa de estabelecer conexões entre educação e saúde. Tecendo considerações sobre a história da Organização Social de Comunidade no mundo, o autor sugere uma abordagem mais ampla dessa disciplina, colocando-a nas instâncias do planejamento, da engenharia social e da organização do território. Postula-o que *"não há democracia sem um mínimo de regionalismo, de localismo, de municipalismo, e apresenta a educação dos grupos e da comunidade como estratégia para o planejamento democrático". (Ammann 1980: 39).*

O governante nessa época era defensor da medicina preventiva e condenava os altos custos do trabalho realizado pelos médicos, recomendava a difusão de uma medicina adequada ao Brasil e de planos relacionados à saúde, em geral visando à promoção de campanhas e de serviços permanentes.

Como o governo anterior, Kubitschek agiu através de intervenção de cunho setorial, conforme as carências do momento. Na época de Juscelino, reduziram-se as despesas federais com a Saúde Pública, no conjunto dos gastos da União. Começava a se delinear ali o padrão consolidado durante os anos de ditadura

militar de privilegiamento dos gastos com a assistência médica previdenciária em detrimento das ações de saúde pública.

O inicio da década de 1960 segundo LUZ (1995) foi marcado por insatisfações populares. A sociedade brasileira atingira considerável grau de industrialização e urbanização. Nestas condições, a população clamava por mudanças estruturais. A insatisfação manifestada na área da saúde era mais uma das reivindicações populares que pediam reformas de base (Carvalho et al; 2001:32).

A participação da comunidade passa a ser vista como necessário item para a solução dos problemas de saúde, retirando dos indivíduos a culpa por seu adoecimento. Neste contexto as ações de educação em saúde voltam-se para as práticas comunitárias, através das quais as comunidades seriam “conscientizadas” para resolverem seus problemas de saúde. Em outras palavras, entendia-se que o acesso à informações levaria à consciência das comunidades sobre hábitos insalubres, e isso seria fundamental para a mudança desses hábitos.

A Saúde Pública no governo de Jânio Quadros (1961) não teve destaque como política social. Apenas por ocasião do balanço do primeiro semestre de seu governo, já às vésperas da renúncia, é que o Presidente Quadros mencionou algumas providências relativas ao combate às endemias e à criação de unidades sanitárias.

Ao assumir a Presidência da República substituindo Jânio, João Goulart (1961-1964) interessou-se pela Saúde Publica. As diretrizes gerais para a ação governamental no setor saúde foram assim definidas:

1) Ampliação da assistência médica aos centros rurais; 2) Providências preventivas na busca do controle e erradicação de enfermidades endêmicas; 3) medidas para sanear o meio, instalando-se novos serviços de água e esgoto, remoção de lixo e melhoria habitacional; 4) atenção especial à Campanha de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância; 5) reestruturação do Ministério

da Saúde, reorganizando e unificando suas atividades.

Ao participar da abertura da III Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1963, o Presidente João Goulart pregava a racionalização dos recursos enviados à Saúde Pública:

> *"O investimento público no setor saúde torna-se um desperdício de recursos quando empregado em serviços especializados e de elevado custo, satisfazendo a pequeno número de pessoas, e no mais das vezes representando a transferência para o Tesouro de despesas que deviam correr por conta daqueles que realmente usam tais serviços". (Vieira, 1995).*

Nesse período da administração de João Goulart foi registrado diminuto crescimento dos gastos federais com Saúde Pública, se comparados com as despesas totais do País.

O Plano Nacional de Saúde no período de 1960 a 1964 não se definiu, nem mesmo planos regionais. Só existia o Programa Integrado de Saúde, de inspiração internacional, dirigindo-se, sobretudo para o Nordeste. Tal Programa Integrado de Saúde consistia numa contribuição da Aliança para o Progresso.

1.3. Da ditadura militar à redemocratização da sociedade brasileira: questões para a Educação em Saúde.

Em 1964 foi implantado um novo regime através do golpe militar, acirrava-se nesse momento o impasse entre as necessidades políticas de atendimento das demandas colocadas pelos trabalhadores e a impossibilidade de contemplá-las no modelo de acumulação capitalista adotado (Carvalho et al; 2001).

A intervenção do Estado brasileiro no campo social foi marcada pelo binômio repressão - assistencialismo, cujos traços principais são a extrema centralização decisória no Executivo federal, o fechamento dos canais decisórios à

participação social, intensa burocratização e fragmentação institucional e acentuado grau de privatização.

Em 1966 o governo militar cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificando os antigos Iap´s. Mantém-se o atendimento à população inserida no mercado de trabalho formal com carteira assinada e a seus dependentes. Mais do que isso, a montagem do modelo médico previdenciário implica numa enorme expansão dos serviços de saúde custeada com recursos públicos, mas, providas por instituições privadas conveniadas a Previdência Social. Desse modo os gastos com a Medicina Previdenciária ultrapassam os gastos com a saúde pública.

> *"A partir de então, aprofunda-se o funil assistencialista da previdência social brasileira, agora imune a qualquer forma de controle, por parte das classes assalariadas, assumindo paulatinamente maior presença pública não mais os benefícios sob forma de prestação em dinheiro, mas a assistência médica". (Cohen, 1996: 23).*

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) demonstrando a importância política que a previdência assume no regime militar como meio privilegiado de relação direta entre as massas trabalhadoras e o Estado bem como o expressivo aporte de recursos que arrecada.

No campo da educação sanitária há uma reformulação geral a partir de 1967. O termo educação sanitária é substituído por Educação em Saúde Pública, ou, simplesmente, Educação em Saúde e, com freqüência, Educação para a Saúde. Mais do que uma questão semântica, essa mudança de nomenclatura denota um novo olhar sobre a Educação em Saúde, como discutiremos a seguir.

Ainda sobre influência norte-americana é reaberto o curso de educação sanitária na Faculdade de Saúde Pública da USP, formando o educador de Saúde Pública. É exigido o curso superior para os profissionais terem acesso a esse curso, de preferência das áreas das ciências sociais. A proposta defendida nesse curso considerava que o processo saúde/doença deveria ser entendido na sua

multicausalidade, buscando a solução na educação em Saúde Pública, que trazia a proposta de trabalho em equipe multiprofissional (Melo 1984);

> *"A execução das ações educativas não compete a esse profissional (educador em Saúde Pública); compete a toda a equipe de saúde. Esse profissional deveria diagnosticar, identificar as barreiras "sociais, econômicas e culturais oferecidas pela população e propor medidas" educativas "que possam "quebrar" essas barreiras" (Melo 1984:38).*

De acordo com Melo (1984), é o período "negro" da educação sanitária, os cursos de formação de educador de Saúde Pública ofertados resumiam-se à área de planejamento familiar através da disciplina **Educação em Saúde Pública**, ministrada na Faculdade de Saúde Pública da USP. A **Educação em Saúde** sofreu então uma série de modificações, embora não se possa falar exatamente de uma superação do modelo tradicional, baseado em práticas higienistas, normativas, impositivas e disciplinadoras.

Mudanças nessa concepção se fazem sentir no processo de resistência à ditadura militar, que se fazem crescentes a partir da segunda metade dos anos de 1970. Este período é marcado pelo revigoramento da sociedade civil e da iniciativa de profissionais de saúde, que discutiam sua prática profissional sob dois aspectos:

a) Ampliação da concepção processo saúde-doença;
b) Educação em saúde como estratégia para transformação social.

A partir da década de 70, portanto, a Educação em Saúde, enquanto um campo de saber e práticas, é redimensionada, recebendo forte influência do Método de Educação Popular elaborado por Paulo Freire, de modo que atualmente encontramos na literatura o termo "Educação Popular em Saúde". Esses novos direcionamentos pautam-se no estabelecimento da relação entre técnicos e classes populares não mais pelo viés da responsabilização destas pela resolução de seus problemas de saúde (Santos, 2003:60). Ao contrário, em linhas

gerais, a Educação Popular em Saúde valoriza o saber popular e a experiência de vida dos grupos sociais desfavorecidos, entendendo que o processo educativo é um encontro entre o técnico e o popular, proporcionando uma troca de saberes distintos. Mais do que isso, a educação em saúde passou a ser vista como um processo de conscientização desses grupos acerca de suas condições de vida e saúde e, desse modo, uma estratégia fundamental para a superação de tais condições.

Vale destacar que nesse período, os profissionais de saúde são obrigados a enfrentar a epidemia da meningite e o alto índice de mortalidade infantil. Por isso, a população é chamada à participação: “as publicações sobre educação popular, movimentos sociais, saúde devem ser pensadas, testadas, buscando refletir o papel do “agente” junto às camadas populares”. (Melo, 1984).

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, constata-se que a política de saúde até aquele momento era ineficaz e insuficiente para resolver os problemas de saúde da população brasileira. Era marcante a desigualdade na distribuição e na oferta de serviços de saúde entre as diferentes regiões do país, centralizando-se a assistência à saúde nos grandes centros urbanos e excluindo-se as regiões mais pobres. Para Cohen (1996);

> *“A Previdência Social brasileira tornou-se um instrumento não só de reprodução da desigualdade social, mas de acentuação da mesma. Pois a maior parte dos contribuintes, os assalariados de baixa renda, dificilmente tem acesso, na doença e na velhice aos benefícios pelos quais pagam durante toda vida”.*

Ao Ministério da Saúde (MS), cabia a prevenção, enquanto a assistência à saúde individual dos trabalhadores e seus dependentes concernia ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). As denominadas ações de saúde pública eram de competência do Ministério da Saúde, que desempenhava suas funções em conjunto com as redes estaduais de serviços de saúde. Nos

municípios, a cobertura da população em postos ou centros de saúde era uma decisão do poder local, que os construíam em áreas urbanas, em detrimento das áreas rurais e bairros distantes, habitados pela população pobre. Assim, na inexistência desses postos, essa população sem cobertura previdenciária continuava a ser atendida em Santas Casas.

Ainda durante a década de 1970, principalmente em sua segunda metade, cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, e ganha corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. A Reforma integra-se ao movimento de oposição ao golpe militar de 1964 (Cordoni Jr., 1989), incorporando, progressivamente, diversos atores sociais descontentes com a ordem social, tais como profissionais de saúde, intelectuais da área e diversos movimentos sociais (Mendes, 1999). É também nesse período que surgem os Departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras. Críticos do modelo médico hegemônico, muitos desses departamentos passam a desenvolver atividades extramuro, o que gerou uma série de experiências locais inovadoras de atenção à saúde. (Carvalho et al. 2001:35).

Impulso a essas propostas foi a realização da Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma Ata, na União Soviética, em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Em sua declaração de princípios, a Conferência de Alma-Ata estabelece a vinculação entre saúde e desenvolvimento econômico e afirma ser impossível o desenvolvimento econômico sem haver proteção e promoção da saúde. Dá ênfase à responsabilidade dos governos pela saúde dos cidadãos, à importância dos cuidados básicos de saúde e à participação comunitária. E se afirma ser a saúde um direito e que os governos devem proteger e promover a saúde da população.

Referenciados pelas orientações de Alma Ata e impulsionados pela resistência ao regime militar, várias experiências locais foram desenvolvidas, sendo a Educação em Saúde importante foco para onde convergiram as resistências / oposição ao regime militar.

No Brasil, o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), baseado no Congresso de Alma-Ata, marcou o movimento sanitário como uma forma alternativa ao Sistema de Saúde vigente à época. Experiências em alguns programas nos municípios que buscaram reorganizar seus serviços sob a ótica e os princípios de Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária tornaram-se ações concretas a partir de 1977. Para Almeida (1979) apud Carvalho (2001:36),

> *"... esse tipo de experiência introduziu um novo e definitivo ator na estrutura do Sistema de Saúde: o município. Londrina (PR), Campinas (SP), Niterói (RJ), foram os primeiros no Brasil a aplicarem, na realidade das populações municipais a experiência alternativa de ações nos princípios de Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária. Pela primeira vez, as pessoas passaram a ter acesso a serviços de saúde de forma institucionalizada (e não mas como mero favor de caridade humanitária), principalmente aquelas marginalizadas pelo Sistema da Previdência Social".*

Com o término da ditadura militar, que fora iniciada em 1964, surge a Nova República, e com ela a preparação para o processo constituinte. Nesse mesmo período, convocou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de rediscutir a estrutura de atendimento e a política de saúde nacional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde representou importante marco para o processo de reforma sanitária brasileira. Pela primeira vez setores vinculados não só a esfera governamental, mas também profissionais de saúde e representantes dos movimentos sociais participaram dessa Conferência, denunciando as precárias condições de organização da atenção à saúde e reivindicando maior responsabilização pública e níveis de eqüidade e justiça social. Os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde teriam desdobramento imediato no conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária. A referida Comissão, sintetizando as idéias fundamentais expressas na VIII

Conferência, definiu os “princípios finalísticos” da Reforma: participação, eqüidade, descentralização, integridade e universalização (Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987).

1.4. A implantação do SUS e o reforço à Atenção Básica em Saúde: novas possibilidades para a Educação em Saúde.

A Constituição de 1988 transformou o papel do Estado e a fundamentação jurídico-institucional do sistema público de saúde, estabelecendo novas ligações entre as diferentes esferas de governo e atribuindo novos papéis aos atores do setor. Assim, criou-se, enfim, o **Sistema Único de Saúde**.

A Constituição apresenta-se através de nove títulos e, pela primeira vez uma Carta Magna dedica um título inteiro, o Título VIII, à Ordem Social, cujo Capítulo II, o da Seguridade Social, é composto por quatro seções: Disposições Gerais, da Saúde, da Previdência Social e da Assistência Social.

É no capítulo da Seguridade Social que está descrito todo o sistema oficial de saúde brasileiro, especialmente nos artigos 196 a 200:

1. Artigo 196: coloca a **saúde** como **direito de todos e dever do Estado**, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
2. Artigo 197: define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública;
3. Artigo 198: constitui o **Sistema Único de Saúde** (SUS) - através de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, segundo as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo, de **atendimento integral** preventivo / assistencial, e de **participação da comunidade**;

4 Artigo 199: mantém a assistência à saúde livre à **iniciativa privada**;

5 Artigo 200: dispõe sobre as **competências** do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Embora esses direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros estivessem assim propostos, para que pudessem ser usufruídos ou exercidos seria ainda necessária sua regulamentação através de outros atos legislativos.

Mas, apesar disso, é preciso ressaltar-se que pela primeira vez na história do Brasil a saúde é incluída em separado, numa seção específica da Constituição Federal, estabelecendo-se o **Sistema Único de Saúde**, assim como os princípios e diretrizes para a organização e o funcionamento do mesmo.

A Constituição representou importante ponto de inflexão na forma de organização da política de saúde brasileira. Fruto de um amplo processo de mobilização social, o texto constitucional incorporou grande parte das aspirações pela garantia e ampliação dos direitos sociais. A defesa de uma saúde pública universal, eqüitativa, integral e com participação popular assumiu o caráter de denúncia / ruptura com o modelo de atenção organizado, sobretudo nos anos de ditadura militar.

Como chama atenção Cornélio (1999), o arcabouço jurídico-institucional da Constituição de 88 é complementado pelas leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Estas leis tratam respectivamente da organização dos serviços e da participação comunitária. Ao mesmo tempo, como destaca o autor, a operacionalização desta legislação tem sido feita através de diversas portarias do Ministério da Saúde, destacando-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 e, mais recentemente, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2002)[11].

[11] Estudo sobre as normas operacionais básicas pode, ser encontradas em Levcovitz et al., 2001 (Ciência e saúde coletiva).

Assim, ao longo dos anos 1990, avança o processo de consolidação do SUS e de suas diretrizes operacionais - descentralização, participação social e atenção integral. Estudos como os de Mattos (2001) destacam que a descentralização e participação social foram àquelas diretrizes que mais avançaram no período, acarretando novos papéis para os municípios e a emergência de novos atores sociais. No entanto, o modelo hegemônico de atenção à saúde e as iniqüidades de saúde não foram enfrentadas na implantação do SUS.

Nesse sentido, as tendências nacionais de enfrentamento às iniqüidades no acesso aos serviços de saúde começaram a ser modificadas devido à iniciativa de alguns municípios em implantar Programas de Agentes Comunitários de Saúde - Pac´s e de Medicina de Família.

As experiências pioneiras do PACS remetem a uma estratégia posta em prática pelo governo do Ceará de geração de emprego e renda, em período de forte estiagem. Essa estratégia consistia no emprego de mulheres da comunidade para atuar na identificação dos problemas de saúde da população e encaminhá-las para assistência de enfermagem ou médica quando necessária. Os bons resultados do PACS na redução da mortalidade infantil levaram a sua implantação em âmbito nacional, a partir de 1991, pelo Ministério da Saúde. Assim, esses projetos, inicialmente isolados, se disseminaram e resgataram, para a sociedade e para os sistemas locais de saúde, a figura do médico da família e comunidade.

Passou-se então a questionar a estratégia anteriormente adotada, que era centrada na organização das unidades básicas de saúde e baseada no trabalho de assistência médica por especialidades básicas. O Ministério da Saúde implantou em 1995 o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o território nacional, responsabilizando o programa pelas ações de Atenção Básica à Saúde.

Com as propostas de descentralização do Estado brasileiro e a necessidade de implementação de políticas sociais, o poder local passa a responder às novas exigências referentes à atenção básica à saúde e à organização de serviços.

Estudos como os de Viana e Dal Poz (1998) e Capistrano Filho (1999) chamam atenção para as potencialidades do Programa Saúde da Família, inicialmente implantado em regiões com deficiência na atenção primária à saúde, na garantia de direito de acesso para a população abaixo da linha da pobreza, chegando mesmo a ser classificado como uma forma de “exclusão positiva”**.**

No entanto, o PSF também vem recebendo uma série de críticas no sentido de representar o risco à instauração de uma cesta básica para o setor. Se tal perspectiva se mostrava com intensidade no início da implantação do programa, deve-se ressaltar que, nos anos recentes, o PSF tem sido considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia capaz de induzir mudanças no modelo assistencial, podendo levar a uma maior qualidade de toda a rede assistencial, ‘a medida que propõe a reformulação do sistema de saúde baseada na integração entre seus diferentes níveis.

Com a descentralização nos anos de 1990, sob forte Indução do governo federal, através das NOB´s, o **SUS** assumiu formato descentralizado em que municípios assumem novas responsabilidades na gestão e proteção de serviços de saúde esbarraram em restrições de ordem financeiro e também no avanço do mercado de seguros e planos de saúde, voltados dos setores médios.

Os avanços com a implantação do **SUS** não se fizeram acompanhar, no entanto, de uma mudança qualitativa no modo assistencial. Buscando responder a esta lacuna, é que a NOB 96 privilegiou a atenção básica à saúde.

A ampliação da rede básica, instituída pelo Ministério da Saúde, foi uma das estratégias apontadas para a renovação do modelo de assistência tradicional e a aproximação mais estreita com a população, perseguindo assim, os princípios do **Sistema Único de Saúde - SUS** (universalização, integração, acesso, hierarquização e controle social). Uma das formas para se ampliar a rede de atenção foi o Programa da Saúde da Família - PSF, que segundo o Ministério "deve não só qualificar a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, vinculando-o a um serviço e a uma equipe, mas também garantir acesso aos níveis de maior complexidade do sistema, além de discutir os determinantes sociais do processo saúde / doença, esse programa contribui no aprimoramento e na consolidação do **SUS,** a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar" (MS).

Entre os serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca a **atenção básica**[12] como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Para o **PSF**, a **Educação em Saúde** é responsabilidade de todos os profissionais de saúde da família, os quais são capacitados para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita. A comunidade é, nesse contexto, co-responsável pelo enfrentamento aos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo ações educativas que possam contribuir para a melhoria do autocuidado **(Brasil, 1997)**[13]**.**

[12] Atenção básica constitui-se num conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. A organização da atenção básica, com base na lei nº 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS referidos anteriormente MS (Ministério da Saúde, 2000b). http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php

[13] O conceito de Educação em Saúde para o PMF será discutido no Capítulo II dessa Dissertação.

1.5. Concepções de Educação em Saúde: múltiplas abordagens.

Como vimos, a **Educação em Saúde** assumiu diferentes conotações e sentidos, expressando, em grande medida, os próprios modos de organização do modelo assistencial em cada momento histórico. Embora não se possa reduzir a educação em saúde a um mero reflexo da forma de organização dos serviços e das práticas de saúde, é inegável sua imbricação com os contornos assumidos pelo padrão de intervenção governamental na saúde.

Buscamos agora trazer alguns elementos que permitam identificar o referencial teórico analítico que atravessa as concepções de educação em saúde. Nosso ponto de partida é o trabalho de Stotz (1993). Este autor se baseia na proposta de TONES para classificar quatro vertentes "filosóficas" da **Educação em Saúde:** educativo, preventivo, radical e desenvolvimento pessoal. Todas têm como característica comum restrições ou críticas ao chamado "modelo biomédico".

O **enfoque educativo** enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada[14] sobre os riscos à saúde. Nesse enfoque, o educador é sujeito da ação e o usuário necessita ter compreensão de sua realidade.

No enfoque de **desenvolvimento pessoal**, que tem como princípio orientador a potenciação do valor do indivíduo, o educador também é considerado sujeito da ação. O pressuposto da eficácia desse enfoque está na crença da capacidade do indivíduo de controlar a vida.

[14] Eleição informada – Stotz (1993:20) "capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o "exterior" (destino, homens poderosos)".

Já na abordagem **radical**, o objetivo é a consciência social da saúde, considerando que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas. Tem como pressuposto a participação dos indivíduos na luta política pela saúde. Aqui, o educador traça uma aliança com esses indivíduos.

Stotz (1993) chama atenção para a necessidade de não considerar esses modelos em seu estado puro ou como uma fôrma capaz de dar conta da realidade da educação em saúde. Esse autor considera que a realidade é muito mais complexa e dinâmica do que o arcabouço teórico permite captar. No entanto, Stotz reconhece a importância desse quadro analítico para subsidiar os estudos sobre as concepções e práticas de educação em saúde.

Assim sendo, o autor afirma que o "*enfoque de educação sanitária dominante nos serviços de saúde é o* ***preventivo***" (Stotz,1993:22), que tem como objetivo o comportamento saudável dos indivíduos. Nessa perspectiva, o educador é considerado o sujeito da ação tem como estratégia prevenir doenças através do desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Sua eficácia pressupõe, portanto, a mudança de comportamento individual.

Para Modolo apud Stotz (1993:25), "não resta a menor dúvida que a educação sanitária deva aproximar-se cada vez mais, de um método de trabalho, na atividade dos profissionais de saúde, que envolva indivíduos e grupos em ações voltadas para a defesa da saúde". Segundo Brown apud Stotz (1993:25; 26), "os profissionais de saúde podem atuar como "defensores-facilitadores" para indivíduos e grupos sociais que necessitam e requerem mudanças sociais, cabendo a socialização do seu saber técnico para grupos determinados da população". A meta não seria apenas "explicar", mas também ajudar indivíduos e grupos a "examinar as bases sociais de suas vidas e de trabalho" enquanto condições adversas à saúde, e a "identificar os problemas de saúde em suas comunidades".

Convém chamar atenção, no entanto, para os limites dessa classificação, à medida que ela é historicamente situada e não consegue dar conta das formas como a Educação em Saúde se materializa no cotidiano institucional. Em verdade, as concepções de educação em saúde se misturam, conformando um mosaico composto por elementos que demarcam as distinções feitas por Tones.

O que se quer sublinha aqui é o sentido desta proposta trabalhada por Stotz (1993) que enfatiza o aspecto pedagógico que necessariamente permeia as ações de Educação em Saúde.

Outra forma de classificar as abordagens da **Educação em Saúde** pode ser encontrada em Alves (2004). Esta autora considera a emergência de um novo discurso no campo da **Educação em Saúde** e nas práticas educativas, sendo possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde: o modelo tradicional e o modelo dialógico. A autora enfatiza que estes dois modelos se encontram em pólos extremos, sendo possível reconhecer modelos intermediários.

O modelo tradicional pode ser referido ao modelo de educação bancária definido por Freire (1983). Neste modelo, a narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão. Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante.

Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los. Margem para serem colecionadores ou fichadores das coisas que arquivam. No fundo, porém, os grandes arquivados são os homens, nesta (na

melhor das hipóteses) equivocada concepção “bancária” da educação (Freire; 1983-66).

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber (Freire; 1983-66). Sinalizamos que o profissional de saúde, com essa visão, nega a busca de novos conhecimentos.

Fazemos referência à concepção “bancária” da educação, pois identificamos no modelo tradicional de educação em saúde o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos nas ações e atividades desenvolvidas pelos profissionais.

Se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe àquele dar, entregar, levar, transmitir o seu saber aos segundos. Saber que deixa de ser de “experiência feita” para ser de experiência narrada ou transmitida. (Freire, 1983:68).

Em oposição a esse modelo, Alves (2004) identifica um modelo emergente de educação em saúde, que pode ser referido como modelo dialógico, por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido como um sujeito portador de um saber, que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. As características desse modelo emergente são apresentadas pela autora no quadro abaixo, que o distingue do modelo hegemônico.

Figura 1 – Quadro Comparativo entre o modelo hegemônico e o modelo dialógico de Educação em Saúde.

CARACTERÍSTICAS	MODELO HEGEMÔNICO	MODELO DIALÓGICO
Concepção da Educação.	Ato de depósito de conhecimentos e de valores.	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros.
Concepção de Saúde.	Ausência de doença.	Produção social do processo saúde-doença.
Concepção de homem: usuários.	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde, objeto da prática educativa.	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; sujeito da prática educativa.
Concepção de homem: profissionais.	Detentor de saber técnico-científico com status de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular.	Detentor de um saber técnico científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações re-aprende através do diálogo com o saber popular.
Enfoque da prática educativa em saúde.	Centrado na doença; enfoque estritamente preventivista.	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; enfoque promocional.
Objetivos	Redução dos riscos individuais, prevenção das doenças e agravos à saúde.	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida.
Espaços educativos.	Falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, contextos formais como os grupos educativos.	Integração entre assistência e educação em saúde, contextos informais das relações interpessoais.
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa; palestras; folhetos; cartazes, etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão.
Ponto de partida	Conhecimento cientifico; diagnósticos de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos.	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e co-responsabilidade no diagnostico dos problemas.

Fonte: Reproduzido de ALVES (2004:29-30).

As características deste modelo se assemelham à perspectiva defendida por Briceño-Léon (1996). Para este autor, no modelo dialógico e participativo, os profissionais e usuários atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

Esse modelo tem como objetivo não o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. Para o autor, a prática educativa no modelo dialógico leva o usuário a uma compreensão da situação de saúde.

O profissional de saúde que nega o modelo bancário nas ações de **Educação em Saúde** e parte para o modelo dialógico como proposta de entrelaçamento, deverá refletir acerca das questões levantadas por Freire (1983), tais como:

"Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?".

"Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante dos outros, meros "isto", em quem não reconheço outros eu?".

"Como posso dialogar, se me sinto participante de um "gueto" de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são "essa gente", ou são "nativos inferiores"?".

"Como posso dialogar, se parto de que a pronuncia do mundo é tarefa de homens seletos e que a presença das massas na história é sinal de sua deterioração que devo evitar?".

"Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?".

"Como posso dialogar se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho?".

Portanto, deve-se valorizar a fala, a palavra construída numa relação dialógica em que a comunicação prioriza a promoção da saúde dos indivíduos.

Autores como L'Abbate (1994), Smeke & Oliveira (2001) e Alves (2004) concordam quanto à compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial para sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeito em busca de autonomia.

Concordamos com estes autores de que é necessário transformar as campanhas verticalizadas em ações construídas de forma horizontal, nas quais o conteúdo principal venha da experiência do conjunto de indivíduos dispostos a descobrir uma nova forma de educação em saúde. Como relata Alves (2004), educar para a saúde implica ir além da assistência curativa. Significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais, considerando que "só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros" (Freire; 1983-66).

Sob o ponto de vista defendido neste trabalho, não basta que a **Educação em Saúde** favoreça e repasse o repasse de informações, mais que promova uma interlocução entre o saber técnico e o saber popular. De fato como alerta Ginzburg (1987), "a classe popular produz cultura" e o não conhecimento da realidade local e a desvalorização da cultura local deixa de enriquecer as ações de **Educação em Saúde** negando a cultura produzida por essas classes populares. Isso ocorre principalmente quando os temas propostos para as atividades não são de interesse da população, mas do profissional de saúde, ou seja, da "cultura imposta às massas populares".

Por esse motivo, as técnicas pedagógicas nem sempre são adequadas, ou são indefinidas, impossibilitando, com isso, a interação e a construção de um espaço de debates em que possam ser visíveis os problemas reais dessa comunidade.

Embutindo um olhar do técnico, a mensagem é repassada como oriunda de "mensageiros de cultura", considerando a cultura *"um sistema de mensagens em que é importante identificar "quem diz o que a quem".* (Burke, 2000: 236)".

As atividades educativas lançam sobre o indivíduo a responsabilidade pessoal pela saúde, ignorando o saber local, político e econômico do mesmo. Como já extensamente discutido na literatura (Valla, 1992), essas ações acabam por culpabilizar o sujeito pelo seu processo de adoecimento. Assume-se dessa forma um discurso monológico o qual desconsidera que *"uma história cultural centrada em encontros não deve ser escrita segundo um ponto de vista apenas. Nas palavras de Mikhail Bakhtin, essa história tem de ser "polifônica". Em outras palavras, tem de conter em si mesma várias línguas e pontos de vista, incluindo os dos vitoriosos e vencidos, homens e mulheres, os de dentro e os de fora, de contemporâneos e historiadores"* (Burke:2000:267).

Como processo de entrelaçamento entre os sujeitos, através das atividades de educação os profissionais de saúde devem identificar os conceitos relacionados ao processo saúde-doença nessas comunidades, sem negar as práticas populares de cuidado, a percepção de saúde e o reconhecimento das relações já existentes.

Segundo Burke (2000:246-247), redefinindo cultura, *"estendeu-se o sentido do termo para abranger uma variedade muito mais ampla de atividades do que antes – não apenas a arte, mas a cultura material, não apenas o escrito, mas o oral, não apenas o drama, mas o ritual, não apenas a filosofia, mas as mentalidades das pessoas comuns. A vida cotidiana ou a "cultura cotidiana'' é fundamental para essa abordagem, sobretudo as "regras" ou convenções subjacentes à vida cotidiana, o que Bourdieu chama de "teoria da prática e o semiólogo Lotman, "poética do comportamento cotidiano".*

Ao se inserirem na comunidade, os profissionais de saúde devem aprender a se deslocar de seu lugar cultural para conhecer outros valores, outros conceitos. Conhecendo a vida familiar comunitária local com seus problemas concretos relativos à saúde, o profissional percebe, por exemplo, a dimensão desses problemas invisíveis, conhecidos como sofrimento difuso, algo que não tem um ponto fixo que a medicina possa identificar como angústia, insônia, dores generalizadas etc. Como relata Burke (2000:259) acerca das relações interculturais, é preciso *"[...] estudar a história cultural como um processo de interação entre diferentes subculturas, entre homens e mulheres, urbanos e rurais, católicos e protestantes, muçulmanos e hindus, e assim por diante - pela apropriação de itens dos acervos comuns, juntando-os em um sistema com um novo sentido".*

Por isso é que nas práticas de **Educação em Saúde** consideramos a comunidade como o espaço organizado para o aprendizado, em que o usuário e o profissional de saúde tornam-se educadores no próprio processo de construção de sujeitos coletivos com novos interesses políticos, sociais e econômicos.

Nesse sentido, cabe perguntar qual o sentido que os profissionais que lidam diretamente com as ações de educação em saúde - no caso do presente estudo, os médicos das equipes básica do Programa Médico de Família de Niterói - a essas ações no seu cotidiano profissional. Entendemos que a forma concreta assumida por essa ação depende das normas e orientações do programa, mas fundamentalmente das concepções que orientam a intervenção desses profissionais, questão que pretendemos discutir ao longo dessa dissertação.

O que acreditamos é que não adianta mudar o modelo de atenção, se os profissionais não incorporam os novos conceitos propostos e não têm definido o lugar da **Educação em Saúde** na prática profissional.

CAPÍTULO II

O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI E O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA

2.1. - Características e antecedentes históricos

Nesse capítulo analisaremos as características da política de saúde em Niterói e seus antecedentes históricos. Identificado como município de vanguarda no cenário nacional, e, portanto, como exemplo para implantação e implementação de modelos alternativos na reorganização da Atenção Básica, Niterói levou gestores e profissionais de saúde de outros municípios a repensarem a forma de atenção à saúde.

O município de Niterói - topônimo que na íngua tupi significa “Água Escondida” - foi criado em 10 de maio de 1819. É considerado um município de médio porte, com uma área territorial de 132 Km² e população, segundo o último censo do IBGE-2000 de aproximadamente 458.465 habitantes, sendo o quinto município mais populoso do estado do Rio de Janeiro.

Tem como limite ao norte e a leste o município de São Gonçalo, ao Sul o Oceano Atlântico e a oeste a Baía de Guanabara, que é a sua divisa com a cidade do Rio de Janeiro.

Quanto à infra-estrutura urbana, o Município possui 76,56% dos domicílios com água encanada, 65,74% com rede de esgoto sanitário e 86,02% com recolhimento regular de lixo (PMN/Secitec, 1999). É considerada a quarta cidade em qualidade de vida do país e a primeira do estado do Rio de Janeiro, de acordo

com o Índice de Qualidade de Vida (IQV-UFF), elaborado pela Universidade Federal Fluminense (PMN/Secitec, 1999). A cidade possui, ainda, um dos IDH-M mais altos do Brasil – 0, 821, ocupando a primeira posição no estado e a décima quinta no país (Senna & Cohen, 2002).

Fomos buscar referenciais históricos sobre a implantação da Política de saúde no município de Niterói, para compreender a sua trajetória e a aplicação dos modelos alternativos utilizados no decorrer dos anos pelos gestores locais nas ações de saúde pública. Para Senna (1995),

> "....a proposta de desenvolvimento de um modelo assistencial baseado nos princípios da universalização, hierarquização e integralidade, sem dicotomia entre ações preventivas e curativas, bem como a busca de articulação com os movimentos sociais organizados já faziam parte do cenário municipal de Niterói na segunda metade da década de 70, ainda no contexto do regime de exceção instalado a partir de 64 com o Golpe Militar."

Conforme afirmam Silva Jr. e Oliveira (Apud Senna, 1995);

> "Em Niterói, devido à condição de Capital do Estado, constituiu-se uma considerável capacidade instalada da Secretaria Estadual de Saúde para ações de Saúde Pública, assim como da Previdência Social para assistência dos trabalhadores formais (herdados dos antigos IAP´s e contratados no setor privado). A prefeitura, indicada pelo governo militar, por não possuir rede de saúde e estar submetida a regras estaduais participava esporadicamente das ações de saúde através de campanhas".

Tendo sido a capital do Estado desde 1835, Niterói perde esse status e deixa de ser a capital do estado em 1975. O município passa, então, a enfrentar dificuldades, principalmente nas ações de saúde, perdendo seu dinamismo ao herdar instituições. Tais dificuldades são referentes aos recursos oriundos dos cofres estaduais e federais.

Segundo Cohen (2001), por sua condição anterior de capital do Estado, o município de Niterói apresenta uma infra-estrutura razoável, com equipamentos públicos em todos os setores, o que veio a se configurar mais tarde, na opinião dessa autora, como um complicador do processo de municipalização, tais os

encargos a serem assumidos pelo gestor local na descentralização dos serviços de saúde, estaduais e federais, sem a imediata correspondência financeira necessária.

A situação começou a mudar quando,

> "No município de Niterói, após a fusão do antigo estado do Rio de Janeiro com o estado da Guanabara, ocorrem eleições (1976), onde sai vencedor o candidato do MDB, que desenvolveu inicialmente uma política de alianças com os movimentos sociais, articulando propostas e ações de governo em torno dos interesses desses movimentos e de um projeto democratizante". (SILVA JR. E OLIVEIRA, apud SENNA ,1995).

Nessa época, a inserção nos principais cargos administrativos municipais de profissionais de saúde contrários às regras impostas pela ditadura por um longo período fez com que nascessem propostas da medicina comunitária. Para a Secretaria de Saúde e Promoção Social, por exemplo, foi nomeado como secretário de saúde o Dr. Hugo Tomassini, professor da Universidade Federal Fluminense. Na avaliação de O' Dwyer G. C. et al. (apud SENNA,1995):

> "Os primeiros meses de sua gestão são marcados pela elaboração de um detalhado Plano de Ação que assume como marco teórico a proposta de medicina comunitária, visando dar ao município uma rede de unidades de atenção básica à saúde, apoiada em uma equipe multiprofissional, tendo a participação comunitária um papel fundamental no modelo, desde o planejamento de ações até a sua execução.

Nesse período, o município dispunha de uma rede de serviços formada por Unidades da Secretaria do Estado de Saúde - SES, do então INPS, que posteriormente passa a integrar o INAMPS, e do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). A Secretaria Municipal de Saúde tinha sob sua gestão a administração de cemitérios municipais, capelas e serviços funerários.

Com a cooperação técnica de professores e alunos da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), o então Secretário cria um grupo de trabalho e elabora o primeiro plano de ação de

saúde do município, com base no planejamento para gestão em nível local. Esse plano buscava dar ao município um modelo de atenção em saúde cujo planejamento e execução de ações, baseados na medicina comunitária, traziam como característica fundamental a participação popular.

A gestão do professor Tomasini foi marcada, ainda, pela criação das unidades básicas de saúde na periferia da cidade, alargando a rede municipal. A implantação dessas unidades fundamentou-se na proposta de Cuidados Primários de Saúde defendida em Alma-Ata (1978). Buscava-se atuar de forma articulada com as demais unidades da rede, tais como os centros de saúde e hospitais estaduais, PAM previdenciários e o hospital universitário, de acordo com os princípios da Medicina Comunitária e Atenção Primária à Saúde. A proposta do secretário de saúde, professor Tomassini, segundo Silva Jr. e Oliveira (apud SENNA, 1995:66):

> "(...) visava a potencializar os movimentos sociais em sua capacidade de compreensão dos determinantes de saúde e condições de vida e se apresentava como alternativa aos modelos hegemônicos de assistência: o clássico de saúde pública (campanhista) e o previdenciário (curativo - privativista)".

Vale destacar, como faz Cohen (2001) que a adoção dos princípios da APS continuava o modelo médico hegemônico, nos anos 1970, sendo marcado basicamente pelo seu caráter individualista/curativista, centrado na demanda espontânea, sem qualquer preocupação com grupos ou comunidades específicas. Atendia-se a demanda livre que recorria às Unidades em busca de assistência médica, a qual, por sua vez, priorizava os atendimentos de maior complexidade tecnológica e, usualmente, de maior custo.

Portanto, não é difícil imaginar, como reafirma Senna (1995), que a proposta de organização do sistema municipal de saúde encontrou forte oposição, principalmente por parte dos setores que legitimavam o modelo hegemônico,

dentre os quais se destacam a Associação Médica Fluminense e setores conservadores do aparato estadual, federal e da universidade, pois:

> "Como era de se esperar em uma conjuntura totalmente desfavorável, as pressões contrárias ao modelo são intensificadas, tornando-se insustentável, levando o Secretário de Saúde decidir pela exoneração". (O'DWYER, apud SENNA,1995:67).

Diante das pressões dos setores conservadores, a então Secretaria Municipal de Saúde e de Promoção Social tem sua equipe substituída, sendo assumida por um grupo técnico originado na burocracia previdenciária e desvinculado do movimento anterior (COHEN, 2001). Esses técnicos eram, portanto, alheios aos pressupostos que orientavam as mudanças no setor saúde, o que causou retrocesso na proposta de Atenção à Saúde no município.

Reagindo a essa substituição, surgiram movimentos de contestação, tanto por parte dos movimentos organizados, como dos técnicos de saúde e, assim, mudanças se fizeram presentes. Essa resistência às transformações implantadas pela Secretaria abrigou-se nos projetos de saúde comunitária da universidade e em alguns setores e unidades municipais, estaduais e do nível federal. Segundo Senna (1995:68),

> "Tais segmentos de resistência buscaram numa atividade externa, um fórum de formulação de propostas alternativas ao modelo hegemônico. Esse movimento encontrou respaldo nas propostas racionalizadoras dos gastos previdenciários com assistência médica do CONASP".

A partir da iniciativa do diretor da Faculdade de Medicina da UFF, em articulação com o presidente do CONASP[15] e o diretor da administração médica do INAMPS, foram organizadas reuniões entre representantes da UFF, do INAMPS, da SES e da SMS. Esses encontros deram origem a uma experiência pioneira de ações integradas de saúde no município, a qual foi batizada de Projeto

[15] CONASP: Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.

Niterói (1982/1988) e que estabeleceu um modelo que seria estendido a todo o país, através das A.I.S.

O Projeto Niterói era uma estrutura colegiada, em que os representantes das quatro instituições públicas prestadoras de serviços em Niterói (SMS, SES, UFF e INAMPS) constituíam uma comissão executiva local, correspondente à CIMS. O Projeto Niterói funcionava através de grupos de trabalho e contava com um secretário executivo.

Para O' Dwyer G. C. et. Al (apud SENNA,1995:68);

> "Um dos principais pontos positivos deste modelo foi o de fazer as diversas instituições públicas de saúde sentarem-se conjuntamente, regularmente, para discutir e elaborar proposições sobre o encaminhamento de um sistema integrado, mesmo que, em muitos casos, a adoção do que era decidido tenha sido parcial por algumas das instituições participantes".

No que se refere à relação como os movimentos sociais organizados, o Projeto Niterói incorporou em sua estrutura os fóruns de discussões entre direções de unidades de saúde e associações de moradores, a partir da experiência na zona norte da cidade como Grupo Executivo Local (GEL). Ao mesmo tempo, em 1984, com a reformulação da Comissão Executiva Local, o CREMERJ e a FAMNIT, esta última criada em 1983, passam a ter assento no Projeto Niterói. É bem verdade que essa aproximação da FAMNIT é favorecida pelos conflitos institucionais e entre grupos de interesses no interior do Projeto Niterói. Dessa forma;

> "Delineia-se, a partir da criação do Projeto Niterói e da FAMNIT, um quadro de propostas e de interesses que apesar de terem origens em campos distintos (setores da administração e movimento de bairro) passam a ter como pauta de discussão a construção de uma alternativa de contraposição às políticas desenvolvidas pela prefeitura municipal". (SILVA JR. e OLIVEIRA, in SENNA,1995:69).

Apesar dos avanços em termos de integração institucional e da participação popular, o projeto Niterói não conseguiu cumprir os seus objetivos, pois enfrentou

barreiras importantes na própria estrutura gerencial da Secretaria Municipal de Saúde.

A proposta de municipalização explicitou os conflitos entre os integrantes do Projeto Niterói e a Prefeitura Municipal. Tais conflitos assumiam maior proporção, conforme relata Cohen (2001) quando o Prefeito sugeriu a instituição de uma Fundação Municipal de Saúde, isolada da Secretaria Municipal, que passaria a assumir a gestão do processo de descentralização do sistema de saúde no município.

Durante um debate sobre a questão saúde entre os candidatos a Prefeito, no pleito eleitoral de 1989, representantes do Projeto Niterói que participavam ativamente do processo apresentaram um “Estudo Técnico” no qual constava um plano para a municipalização da Saúde. Liderado pelo PDT, embora trazendo a reboque muitos partidos coligados, o Prefeito eleito Jorge Roberto Silveira (1989-1992) introduziu o Dr. Gilson Cantarino O’Dwyer, que na época exercia o cargo de secretário executivo do Projeto Niterói, no comando da Secretaria Municipal de Saúde.

Em verdade, o Projeto Niterói forneceu vários profissionais à nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde, o que contribuiu para a municipalização da Saúde e a recomposição do Sistema Local de Saúde, contando com o apoio legal da ainda nova Constituição Federal de 1988, além da 8ª Conferência Nacional de Saúde (COHEN, 2001).

Vale destacar que a conjuntura nacional era extremamente favorável à municipalização da saúde como um dos princípios do SUS, contido no texto constitucional. Dessa forma, a partir de 1989 concretizam-se a regionalização e a descentralização das ações de saúde, através da implantação dos Distritos Sanitários. Viabilizou-se, dessa maneira, a proposta de adscrição de clientela, encampando as Unidades de Saúde que eram estaduais, bem como a estrutura

de Vigilância Sanitária, o quer tornou necessária a formação de um Departamento de Recursos Humanos com o intuito de organizar os profissionais dessas unidades e um futuro concurso público.

> "Passaram também à gerência do Município os serviços de controle de doenças, isto é, as vigilâncias epidemiológica e sanitárias, concomitantemente implementou-se o serviço de informação em saúde, que permitiu conhecer melhor e mais rápido o por quê, quando e onde se adoece ou morre no município, proporcionando mais eficiência e eficácia na prestação de serviços." (PMN / FMS, S/D:01 apud COHEN, ,2001).

Já como um órgão integrado à SMS, mas à parte da Prefeitura, a Fundação Municipal de Saúde, ao ser criada, em fins de 1990, nasce com total autonomia à medida que tinha a responsabilidade prerrogativa de gerenciar o fundo municipal de saúde. Inicialmente, a estrutura da FMS era composta por três Superintendências (SUAI, SUAF e SUSC), três Distritos Sanitários e um Conselho Diretor que, por sua vez, era formado por técnicos, profissionais e a comunidade, representada pelo Conselho Comunitário de Saúde. Conforme cita Cohen (PMN / FMS, S/D:02, apud COHEN,2001),

> "Em outubro / 90 cria-se a Fundação Municipal de Saúde (FMS), cuja estrutura permite agilidade administrativa sem os "emperramentos" da máquina municipal, dotando-a de comissão de licitação e conselho fiscal próprio, além de seu Conselho Diretor."

A gestão municipal dá início à implantação efetiva do SUS, segundo os princípios básicos de universalidade, integralidade e eqüidade, ao mesmo tempo em que inicia o processo de transferência, para o município, das unidades federais e estaduais, além dos serviços de vigilância sanitária e epidemiológica. Nesse momento,

> "Foram municipalizados os Postos e Centros de Saúde do Estado - Caramujo, Itaipu, São Francisco, João da Silva Vizella no Barreto, Santa Rosa e São Lourenço - os Postos de Assistência Médica (PAM) do INAMPS - Engenhoca, Amaral Peixoto, Araribóia e o Centro Previdenciário de Niterói (CPN) no bairro de Fátima - além dos Hospitais Estaduais: Psiquiátrico de Jurujuba, Getúlio Vargas Filho (Getulinho) e o Orêncio de Freitas do antigo INAMPS, restando municipalizar o Azevedo Lima, que para tanto depende de sua reestruturação pelo Estado". (PMN / FMS, S/D:01, apud COHEN, 2001).

Cohen destaca que o processo de municipalização em Niterói deu-se rapidamente, levando a modificações estruturais no desenho institucional do SUS – Niterói. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) incorporou a sua estrutura a Fundação Municipal de Saúde - entidade pública que tem como presidente o próprio Secretário de Saúde - e várias outras instâncias de gestão, sob o argumento de tornar possível o gerenciamento de uma gama de Unidades e serviços incorporados ao SUS.

É importante demarcar que, na opinião dos próprios gestores da saúde no município, o processo de descentralização não foi suficiente para implantar um novo modelo de atenção à saúde. Propostas de reorientação do sistema de saúde entraram em disputa neste contexto.

Segundo Cohen (2001), a proposta de reorganização do Sistema a partir do Programa Médico de Família - PMF saiu vencedora. A primeira experiência concreta foi em 1992, com a implantação do 1º Módulo de Médico de Família, na comunidade do Preventório. Neste processo, porém, rompeu-se a unidade da equipe gestora na formulação e na implementação de Políticas de Saúde à medida que a área da Atenção Básica se dividia entre o modelo tradicional das UBS e o PMF.

2.2. - Implantação do Programa Médico de Família em Niterói.

A formulação do Programa Médico de Família como um novo modelo assistencial baseado nos princípios de hierarquização, regionalização, integralidade e adscrição de clientela deu-se em um ambiente de conflitos. Como ressalta Cohen (2001), havia opositores ao PMF dentre aqueles que participaram da gestação do Sistema de Saúde em vigor na época, pessoas que acreditavam serem os problemas conjunturais e não metodológicos e, assim, não percebiam a

necessidade de introdução de uma nova metodologia. Isso porque, segundo os coordenadores do Programa, parte da equipe gestora não aceitava o projeto. Por isso, tecia críticas a sua metodologia, afirmando que não favorecia a integralidade das ações, pois considerava a família de forma descontextualizada, não privilegiava a interdisciplinaridade e desprestigiava as Unidades Básicas de Saúde.

O ponto de partida para a elaboração do Projeto foram as epidemias de dengue I e II em 1989, assim como a de meningite em 1991. Tais fatos levaram à aproximação com profissionais de saúde de Cuba, consolidando o intercâmbio técnico - científico.

Com a visita do então prefeito de Niterói e do Secretário Municipal de Saúde a Cuba, em 1991, concretizou-se em nível municipal um conjunto de decisões políticas para adaptar a experiência cubana de Medicina de Família. A partir de então, Niterói passa a contar com ações de assessoria técnica do diretor do Policlínico Lawton - Havana, Dr. Filiberto P. Ares. Esse profissional continua a ter forte ligação com o Programa Médico de Família em Niterói.

O Programa Médico de Família ganha estrutura através de uma equipe coordenadora municipal, composta pelo Secretário Municipal de Saúde, pela Superintendência de Ações Integradas de Saúde da Fundação Municipal de Saúde - atual Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família - e pelo assessor cubano, diretamente ligado ao gabinete do Secretário de Saúde.

Nesse mesmo período, são realizados estudos preliminares e, em setembro de 1992, é inaugurado o primeiro módulo do Programa no Morro do Preventório, bairro de Charitas, Distrito Sanitário Centro-Sul. No mesmo ano, são inaugurados outros dois módulos: o da comunidade[16] do Viradouro, em outubro e o da

[16] Comunidade: "qualquer agrupamento de indivíduos conscientemente organizados, habitando uma área específica ou uma localidade, dotada de autonomia política limitada, mantendo

comunidade do Cavalão, em novembro, ambos também no Distrito Sanitário Centro Sul.

Para Cohen (2001), o PMF introduziu uma nova forma de organização dos serviços de saúde no Sistema local, como parte da Política de Saúde proposta pela Prefeitura Municipal de Niterói e em concordância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta do Programa Médico de Família se dirige, principalmente, a uma população de 120.000 pessoas residentes em áreas de risco social e ambiental, definidas em um trabalho interinstitucional coordenado pela Prefeitura Municipal de Niterói, em 1992, denominado "Diagnóstico Ambiental"[17] . (COHEN: 2001).

Tal proposta buscava atingir bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda, entre 3.500 e 4.000 habitantes. As comunidades são divididas por setores delimitados geograficamente, segundo área de moradia, abrangendo 1.000 pessoas na época de implantação. Hoje a abrangência é de 1.300 pessoas, aproximadamente. Cada setor desses é acompanhado por uma equipe básica composta por médico generalista e auxiliar de enfermagem, esse último morador da área de implantação do Programa. Todos os moradores de cada setor são

---

instituições primárias como escolas e igrejas entre as quais certos graus de interdependência são reconhecidos. Qualquer processo de interação social que gera uma atitude e uma prática mais intensiva e extensiva de interdependência, cooperação e união". (Paim, 1986).
Para o PMF os requisitos básicos para seleção das áreas (comunidade) são: bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda; existência nos bairros, de infra-estrutura mínima; estrutura sócio-econômica fechada constituindo conjunto populacional definido; relativa independência dos bairros e comunidades vizinhas, de forma a permitir universo de população mais estável e definido; existência, na área, de organização comunitária com vínculos locais e perspectivas organizativas que permitam co-gestão do modelo; possibilidade de referenciamento às unidades da rede do sistema único de saúde, determinado por distância geográfica e vias de acesso.

[17] Diagnóstico ambiental pode se definir como o conhecimento de todos os componentes ambientais de uma determinada área (país, estado, bacia hidrográfica, município) para a caracterização da sua qualidade ambiental. Portanto, elaborar um diagnóstico ambiental é interpretar a situação ambiental problemática dessa área, a partir da interação e da dinâmica de seus componentes, quer relacionados aos elementos físicos e biológicos, quer aos fatores sócio-culturais. http://www.redeambiente.org.br/dicionario.asp?letra=D&idWord=262

cadastrados no cadastro familiar e nos prontuários individuais.

A proposta para a equipe básica seria trabalhar em horário integral por quarenta horas semanais, divididas entre o atendimento no consultório dos módulos e atividades de campo, o que incluía a realização de visitas domiciliares, visitas hospitalares, ações de educação em saúde, entre outras ações requeridas pelo PMF. O médico atuaria como generalista, buscando a atenção integral, continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na promoção e prevenção em saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

A criação de uma equipe de supervisores especialistas constituiu a inovação na proposta. Essa equipe era composta por profissionais de saúde que dariam suporte e assessoria periódica, visando à supervisão semanal das equipes nos módulos, mantendo-se a capacitação em serviço e educação continuada.

Através do Decreto Legislativo nº 17/92, o movimento organizado dos moradores, via Associações de Moradores, é co-gestor do Programa junto à Prefeitura Municipal de Niterói. Cabe às Associações de Moradores a contratação de recursos humanos para atuação local, com repasse de verbas do município para este fim. As associações de Moradores podem também indicar os auxiliares de enfermagem para a composição das equipes, mas é a coordenação municipal, através das equipes de supervisão, quem seleciona, acompanha e avalia, do ponto de vista técnico, esses profissionais. O Programa prevê, ainda, a participação das Associações de Moradores na gestão administrativa e na avaliação de desempenho das equipes através de um convênio de gestão (SENNA; 1995:83).

Ao longo do tempo, esperava-se que a rede convencional em Niterói, apresentasse mudanças no planejamento das ações, mas, para Cohen (2001:145), a rede convencional continua a se orientar por programas. As coordenações de Programa, definidos por grupo populacional e por agravos ou

doenças, trabalham cada qual com seus objetivos e estratégias, apesar da existência de proposta de integração através de supervisão regional. Essa proposta foi implantada pelo Departamento de Supervisão Técnico-metodológica da VIPACAF como parte da estratégia de reorientação do Modelo Assistencial desde 1997, quando a então superintendente nomeou um coordenador de área do PMF para chefiar o Departamento.

O PMF é considerado pela FMS de Niterói, como a “porta de entrada” do sistema de saúde e tem como objetivo a reorientação do modelo assistencial, com proposta inicial de cobrir 30% da população do município de Niterói, enquanto a rede convencional responderá pelos 70% restantes.

Para Cohen (2001:151), os problemas relativos à integração entre o PMF e a rede convencional são inerentes ao sistema, não tendo sua origem no Programa. Isso porque eles são reflexos das dificuldades relativas ao processo de descentralização, além de inerentes às adequações estruturais para implementação de novas estratégias e à herança cultural deixada pelo Modelo hospitalocêntrico.

Iniciativas de articulação entre as UBS e o PMF foram tentadas ao longo do tempo. Tendência recente pode ser observada na estratégia 9do Ministério da Saúde através do Proesf.

> “O Proesf é uma iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Bird. Tem como objetivos expandir a ação do *PSF em municípios com população acima de 100 mil habitantes, ampliar a capacitação dos profissionais na área de atenção à saúde e adotar sistemas de avaliação e de monitoramento do programa em todos os municípios brasileiros em que o PSF já foi adotado, respeitados os diferentes estágios de implantação. O volume total de recursos para a implementação do Proesf é de US$ 550 milhões, sendo que 50% virão do Bird e 50% de contrapartida do governo federal. Esse projeto deve estar totalmente implantado até 2008. Os recursos vão contribuir no processo de conversão ou mudanças do modelo de atenção básica tradicional, buscando efetivar o Programa de Saúde da Família como porta de entrada do sistema público de saúde, além de assegurar a assistência integral à população. Para isso, será dada prioridade à qualificação dos recursos humanos e ao monitoramento e avaliação dos serviços de atenção básica” (Informe Saúde MS/ outubro de 2002).

Dentro da atual proposta, implantada desde 2003, o PROESF Niterói constitui-se em um ponto fundamental para fazer avançar a proposta de construção de um sistema integrado de saúde, articulando o Programa Médico de Família aos demais serviços da rede e procurando reforçar um sistema de referência que dê suporte às ações de atenção básica e garanta a continuidade do cuidado (FMS-NITERÓI). Com esse objetivo, fez-se a transformação de algumas unidades em Policlínicas Regionais por regiões de Planejamento do município: Largo da Batalha; Itaipu; S. Rosa; Carlos Antônio; Engenhoca; e, em 2005, a Policlínica do Fonseca. Contribuindo para o avanço da proposta de integração do sistema de saúde, constando de 06 regiões e 06 policlínicas.

A articulação entre as Policlínicas de Especialidades, as Policlínicas Regionais e as Policlínicas Comunitárias, garante maior nível de resolutividade às áreas de abrangência das Unidades básicas de saúde convencional e aos módulos do PMF, possibilitando ao sistema condições de atender às exigências do modelo implantado no município. O PROESF vem garantir, assim, a integração da rede básica de saúde.

As Policlínicas de Especialidades respondem às demandas mais complexas e absorvem a maior parte das referências não respondidas pelas Policlínicas Comunitárias[18] e Regionais[19], oriundas da atenção básica.

Hoje, o PMF atingiu 31 módulos, com 108 equipes básicas, médico de família e técnico de enfermagem, sob a coordenação de cinco Grupos Básicos de

[18] Policlínicas Comunitárias: Compreendem áreas geograficamente definidas totalmente cobertas pelo PMF (Atenção Básica). Conta com especialidades de baixa densidade tecnológica, definidas pelo perfil epidemiológico local (cardiologia, endocrinologia, etc). Expressam forte vinculação ao território e conta com a participação de conselhos e representações comunitárias

[19] Policlínica Regional: Porta de entrada para áreas não cadastradas pelo PMF; Referência (2º nível) para população cadastrada; Especialidades e exames complementares de baixa densidade tecnológica definida a partir do perfil epidemiológico regional. Regionaliza o processo de informação em saúde facilitando o planejamento e avaliação. Planeja ações de educação continuada e de vigilância em saúde na regional. Direção Colegiada entre Policlínica e Grupo Básico de Trabalho

Trabalho (GBT), assim distribuídos: GBT I (17 setores), GBT II (21 setores), GBT III (21 setores) GBT IV (22 setores) e GBT V (27 setores), com o percentual de cobertura aproximadamente de 27,29%, alcançando 125.115 pessoas cadastradas. Existe a possibilidade de ser acrescida mais uma equipe básica ao GBT I. Portanto, a população adscrita aproxima-se dos 30% esperados no início da implantação do Programa.

2. 3- Dinâmica de funcionamento do Programa Médico de Família de Niterói.

O Programa Médico de Família foi desenvolvido a partir de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Niterói e a Associação de Moradores, num processo de co-gestão. Nas comunidades onde é implantado, favorece o controle social, possibilitando à sociedade acompanhar as ações do Estado na área de saúde. De acordo com indicadores epidemiológicos, ambientais, sociais e econômicos que definam uma dada comunidade como área de risco para a saúde, o PMF, tem o atendimento caracterizado por agendamento. Sua abrangência é determinada através da definição da área geográfica apontada pelos representantes locais nos convênios assinados com o Município.

O PMF de Niterói trabalha com a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT). Cada Grupo Básico é constituído por um coordenador; uma equipe de supervisores técnica-metodológica de profissionais de saúde, objetivando qualificação e capacitação permanente e continuada das equipes básicas, que é constituída de médicos generalistas e técnicos de enfermagem, a garantir desta forma que estas desenvolvam habilidades técnicas e gerenciais sobre os problemas diagnosticados. A equipe de supervisores é composta pelas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, enfermagem, epidemiologia, saúde mental e o serviço social.

O sistema de referência e contra-referência viabiliza o acesso do usuário a todos os níveis do sistema, através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), permitindo ao Módulo do Médico de Família garantir o atendimento em qualquer outra unidade, independente de seu nível e segundo critérios de regionalização.

Na implantação do PMF, foram considerados alguns requisitos básicos; tais como:

- Os módulos do Programa Médico de Família, são implantados em comunidades divididas em micro-áreas, denominados de setores;
- Cada setor abrange uma população pré-definida. A área geográfica de abrangência de cada setor deve permitir o acesso da equipe básica a todos os domicílios do setor, e das pessoas ao Módulo, sem o uso de meios de transporte;
- Todas as famílias do local deverão ser cadastradas pela equipe. A proposta é que depois de cadastrada e conhecido o perfil sócio-econômico, ambiental e as principais patologias referidas pela comunidade é que se iniciam os trabalhos nos módulos;

Cada módulo do PMF está vinculado a uma Policlínica Comunitária de referência que conta com especialidades que demandam menor aparato tecnológico. As demais especialidades médicas são referenciadas às policlínicas de Especialidades.

A proposta de Niterói acabou servindo de modelo para outros projetos de saúde da família, inicialmente no estado de Rio de Janeiro e, posteriormente, em vários municípios de outros estados brasileiros. Quando o Ministério da Saúde adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção, contou com a participação permanente da equipe coordenadora municipal de Niterói, entre outras. Porém, a proposta do Ministério da Saúde de instituir o Programa de Saúde da Família em todo o país diverge em alguns aspectos do programa de Niterói.

O PSF não difere muito, em termos da concepção de modelo, da proposta de Niterói, a diferença maior está na orientação em relação à constituição da equipe básica e no número de famílias a serem cadastradas por equipe. O Programa Médico de Família de Niterói trabalha com um médico generalista e um técnico de enfermagem, que obrigatoriamente é morador da comunidade, para um universo máximo de 1.300 pessoas atualmente, e conta com uma equipe de supervisão permanente.

A equipe do PSF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável por uma área onde residam. No máximo, 3000 (mil) a 4500 (quatro mil e quinhentas) pessoas (MS, 2006).

A comunidade à qual as equipes estão vinculadas pode chegar a ter aproximadamente 8.000 (oito mil) pessoas cadastradas no PMF, como, por exemplo, a Ilha da Conceição, que hoje comporta seis (06) equipes básicas.

No período de implantação do PMF, havia muitas dúvidas quanto à proposta, apesar da vontade política do gestor municipal de implantar o projeto. Muitas dúvidas giravam em torno da gerência do projeto, em co-gestão com as Associações de Moradores. A equipe técnica da FMS – Niterói, mesmo a que participava diretamente da organização do projeto, considerava a co-gestão uma ousadia, questionando tanto a formação dos quadros, quanto a organização do movimento popular (COHEN: 2001).

O convênio de co-gestão do PMF, assinado entre a Associação de Moradores e a Fundação Municipal de Saúde, descreve, inclusive, o papel da coordenação e da supervisão do Programa, responsáveis pelo gerenciamento de todos os módulos de sua área adscrita, além da função da própria Associação de Moradores e da Fundação Municipal de Saúde.

É garantido neste convênio, segundo Cohen (2001), o repasse de recursos

financeiros diretamente da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico para a Fundação Municipal de Saúde, os quais são previstos no orçamento municipal especificamente para este fim. Foi somente a partir de março de 1999 que o município passou a receber um incentivo por equipe[20], do Ministério da Saúde, próprio para a implementação do Programa Saúde da Família. Este incentivo, denominado PAB variável[21], está sujeito à prestação de contas por meio dos mecanismos formais prescritos na forma de lei.

Apesar da proposta metodológica, o PMF encontra problemas em algumas áreas geográficas, em especial a violência urbana. As situações de tensão e conflito geradas no contexto de "guerrilha urbana" levam muitas vezes as equipes a atuarem em discordância com a proposta, deixando de atender aos usuários em função do risco. Embora não se possa afirmar que exista um prejuízo estrutural, nem tampouco nos resultados obtidos nas ações em saúde, o fato é que a população sofre em dobro com a violência, que acaba também dificultando a entrada das equipes nas comunidades.

Destacaremos a seguir a dinâmica de funcionamento do Programa, que foi pensada no período de sua implantação[22], especialmente quanto às atribuições do Grupo Básico de Trabalho. Essas atribuições foram pouco alteradas no decorrer da implementação do programa em relação às atribuições propostas inicialmente.

- **Coordenador:**

  - Representa o elo fundamental da equipe com as instâncias superiores da Secretaria Municipal de Saúde e da Fundação

[20] Como a composição das equipes e a cobertura populacional propostas pelo Ministério da Saúde é diferenciada, o PMF qualificou as 43 equipes existentes como sendo apenas 18, no momento da aprovação no projeto (Jan / 99), entretanto atualmente este equívoco foi superado. (Cohen: 2001).

[21] O valor total repassado pelo MS fundo a fundo, como parte do PAB variável, em 1999 correspondeu a R$ 301.000,66, relativo a equipes do PSF (R$ 2.400,00 por equipe)-Fonte: www.datasus.gov.br/credpab/municipb (Cohen: 2001).

[22] FMS – Niterói. Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência, 1997.

Municipal de Saúde e demais órgãos relacionados ao Programa;

- Responsável pelo controle metodológico através do gerenciamento de atividades dos supervisores e Equipes Básicas, garantindo o alcance dos objetivos;
- Intermediador da relação entre Equipe Básica e Associação de Moradores, objetivando sempre a percepção e o conhecimento do controle popular como forma de contribuição e co-gestão do trabalho;
- Responsável pela realização da Reunião Mensal com o Grupo Básico para a avalição da aplicação da metodologia, revisão de óbitos e discussão de casos clínicos pertinentes ao aprendizado.

- **Supervisores:**

  - Selecionar as equipes básicas (médico de família e técnico de enfermagem);
  - Fazer treinamento em serviço;
  - Realizar interconsultas;
  - Avaliar o desempenho das equipes;
  - Elaborar e organizar o processo de Educação continuada;
  - Operacionalizar a referência e a contra - referência;
  - Cada equipe de supervisão é responsável por até 20 equipes básicas.

- **Médico de Família:**

  - Disponibilidade de trabalhar em horário integral (40 horas semanais);

- Compromisso social fundamentado na relação médico- paciente a ser avaliada pela população local e, tecnicamente, pelos supervisores;
- Disponibilidade para desenvolver atividades que envolvem atendimento ambulatorial em consultório ou no interior de domicílios e visita hospitalar a pacientes eventualmente internados, integrando-se à equipe responsável pelo paciente;
- Disposição para desenvolver trabalho integral e continuado, dirigido à promoção da saúde em caráter preventivo e curativo, junto a todos os membros das famílias inscritas em seu setor;
- Capacidade resolutiva para desempenho de atividades de outras áreas de conhecimento relativas ás necessidades da família adscrita, com ações destinadas à Educação em Saúde, assistência e promoção social, estando integrado ao auxiliar de enfermagem e administração do consultório em relação a procedimentos de controle de material pertinente e equipamentos, em consonância com os dirigentes comunitários locais;
- Disponibilidade para participar de treinamento e/ou reciclagens, promovidas pelos supervisores / especialistas;
- Conclusão de residência médica em saúde pública, clínica médica, pediatria ou internato nessas áreas e experiência comprovada em campo como generalista;
- Não é exigida moradia na área de atuação.

- **Auxiliar de Enfermagem:**

  - Conclusão do curso de auxiliar ou técnico;
  - Experiência comprovada nas áreas materno-infantil, médico - cirúrgica e saúde pública;

- Disponibilidade de trabalhar em horário integral;
- Ser, preferencialmente, residente na área de implantação do Projeto.

Entre ações que devem ser desenvolvidas pela Equipe Básica, de acordo com a metodologia do PMF, destacamos:

- **As ações no interior do módulo**, que vão desde o atendimento ambulatorial à execução de tarefas burocráticas, entre as quais o preenchimento de fichas de gerências, relatórios, planejamento de ações exteriores ao módulo (incluindo o cadastramento de novas famílias no setor e o recadastramento das famílias após um ano de inclusão no Programa) e outros documentos solicitados pela gerência;

- **As visitas domiciliares,** que são programadas de acordo com prioridades dadas pelas equipes, uma das quais é a falta às consultas agendadas por usuários considerados de risco, que caracteriza uma elevada taxa de aumento na procura por consulta médica em demanda livre. Para as propostas de intervenção definidas pela Supervisão de Serviço Social (PMF, 2002) “otimizar as visitas domiciliares, sejam elas com caráter de consulta, captações diversas, acompanhamentos ou outros, para atualização permanente do cadastro familiar com ênfase no aspecto sócio-ambiental. A atividade de recadastramento como um movimento isolado e destacado das outras atividades deve ser substituído por visitas domiciliares cotidiana”;

- **A interconsulta,** como parte da capacitação em serviço e atribuição da supervisão, pode ser realizada no consultório do módulo, junto ao usuário demandante ou na sua ausência e em

domicílio. Isso exige, muitas vezes, que o usuário seja referenciado a outra instituição, como parte da ação Intersetorial. Essa ação não é privilégio de supervisores médicos, acontecendo com grande freqüência junto a outros supervisores não-médicos, como o assistente social ou o enfermeiro, dependendo da origem da demanda. Para o PMF, "a equipe de supervisão deve aproveitar as interconsultas para observar a conduta da equipe do médico de família na exposição do manejo dos clientes, reincidência de doenças já observadas ou outras eventuais falhas, para, dentro do princípio do treinamento em serviço, corrigir e assessorar a equipe, observando a ética e com o cuidado de não desprestigiar o médico ou a auxiliar diante de sua clientela. O resultado dessas avaliações será discutido mensalmente nas reuniões das equipes". (Relato de Experiência, FMS; 1997);

- **A Reunião de Setor**, considerada ação importante pela metodologia do PMF, estimula a Equipe Básica a esclarecer sobre sua atuação técnica e a abordar as questões epidemiológicas e sanitárias do setor, fortalecendo a relação com os membros da Associação de Moradores da área e provocando a participação dos moradores usuários adscritos. Essa atividade propicia ações intersetoriais, possibilitando a construção de projetos com vistas à melhoria das condições do meio ambiente das comunidades. Segundo as propostas de intervenção da supervisão do Serviço Social do PMF (2002), "as reuniões de setor devem ser espaços de incentivo à participação popular, discutindo índice de saúde apurados no trabalho, buscando um movimento de co-gestão com a comunidade usuária. É na relação de parceria que a população pode se apropriar da luta por uma saúde de qualidade";

> ➢ **Os grupos educativos** são prioritários para tais ações no Programa, sob a perspectiva de que “os grupos de Educação em Saúde devem ser previamente elaborados, definindo objetivo e metodologia. É de grande importância que essa atividade seja sistematicamente registrada, objetivando a socialização da informação do processo de trabalho. Os registros devem ser arquivados em pastas e guardados em local acessível a todo grupo de trabalho” (Proposta de intervenção Serviço Social, 2002).

A seleção dos profissionais fica a cargo de uma banca examinadora, que analisa currículos de profissionais médicos e/ou técnicos de enfermagem que se candidataram à vaga em uma equipe básica do PMF. A convocação é realizada através dos meios de comunicação.

A banca é composta por uma equipe multiprofissional de supervisores e coordenadores, que recebem o candidato para a entrevista após sua aprovação na prova escrita, com propósito de estudo do perfil desse candidato. Na proposta metodológica, afirma-se a necessidade de que este profissional tenha o mínimo de afinidade ideológica com a nova forma de fazer saúde.

O sistema de contratação é pela CLT, com carga horária definida como integral, com 40 horas semanais, tendo a Associação de Moradores como contratante e co-gestor nesse processo admissional.

O treinamento introdutório, com 40 horas-aula, é oferecido aos contratados, e enfatiza o conteúdo de Políticas Públicas de Saúde e Vigilância em Saúde, sendo que os profissionais da supervisão e a coordenação atuam como os instrutores dessa atividade.

A capacitação permanente, conforme orientação do Ministério da Saúde, fica a cargo do Núcleo de Educação Permanente - NEP, para as atividades de aperfeiçoamento técnico.

2. 4. - A Educação em Saúde no Programa Médico de Família de Niterói.

Como um dos componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde especificada na Conferência de Alma Ata, em 1978, encontra-se a Educação em Saúde entendida como ação provocadora de mudanças de comportamento.

Focalizaremos agora a apresentação dos principais aspectos contidos na proposta de Educação em Saúde do PMF, tema central do presente estudo.

Baseado na proposta de reorganização da Atenção Primária de Saúde, o Programa Médico de Família de Niterói define que as "atividades de Educação em Saúde devem preencher todo o espaço da prática profissional". Deve estar presente nas ações curativas (ao registrar as queixas dos usuários, ao explicar o diagnóstico, ao orientar para o tipo de tratamento) e nas ações de promoção e prevenção (no acolhimento, na pós-consulta, no trabalho de campo e nos grupos educativos) (PMF, 2004).

Na proposta pedagógica discutida pelo PMF, entende-se que:

> *"a saúde em sua realidade envolve determinantes de natureza bio-sócio-econômica que subvencionam as medidas metodológicas e a prática profissional no programa. As referências das ações básicas se fundamentam nas diretrizes da Atenção Primária a Saúde e seguem relações operacionais contextualizadas em informações colhidas e identificadas no cotidiano do Programa, que devem ser trabalhadas de forma sistematizadas, problematizadas, socializadas e continuadas como propostas de prevenção a saúde" (PMF 2004).*

Portanto, uma das maiores dificuldades desta proposição está no fato de que a maior parte dos profissionais não têm formação especifica para atuar nas

ações de Educação em Saúde. Reconhecendo essa fragilidade, o PMF incluiu no treinamento introdutório para os profissionais de saúde do Programa Médico de Família de Niterói um módulo denominado Metas e Rotinas de Atividades, cujo desenvolvimento cabe à supervisão do Serviço Social. Esse módulo, que será referência para o posterior processo de capacitação em serviço, é apresentado aos novos contratados.

Nessa fase são discutidas propostas para desenvolver ações de Educação em Saúde no Programa com ênfase no trabalho de **Grupos Educativos,** fornecendo como referência material didático pedagógico intitulado **Educação em Saúde: trabalhando com grupos[23].**

O trabalho com grupos educativos no PMF é caracterizado como instrumento de inserção da Equipe Básica através das ações de Educação em Saúde junto à população adscrita, na busca de soluções para os problemas comunitários.

As seguintes definições e classificações para grupos educativos são usadas como referência:

- **Grupos Familiares**

São as primeiras interações comunitárias do indivíduo, origem dos valores, normas de conduta - base de tudo.

- **Grupos da Escola**

Tem como características e emancipação do individuo e orientação para a vida profissional. É o processo institucional da Educação.

[23] Referência básica para a ação**:** MILITÃO, A.; MILITÃO, R. Jogos Dinâmicas e Vivências Grupais. Ed Quality Mark. 2001.
TATAGIBA, M C; FILÁRTICA, V. Vivendo e Aprendendo com grupos. Editora D.P.A. 2001.

- **Grupos Religiosos**

Sistemas de crenças no qual as pessoas professam fé.

- **Grupos de Lazer**

Programas de incentivo à qualidade de vida, diversões, esportes, turismo, recreação, etc.

- **Grupos de Trabalho**

Formados por segmentos profissionais em diferentes áreas e com diversos vínculos.

O documento *Metas e Rotinas* defende a realização dos sujeitos nos contextos comunitários em que estão inseridos. Estes sujeitos são dependentes e carentes do convívio com outros indivíduos e revelam quando em grupos características que lhes são peculiares, como interesses, aptidões, desejos, inibições, frustrações, expectativas, intenções, medos, etc.

O referido documento afirma que as pessoas reagem diferentemente, conforme os papéis que desempenham ou que o caracterizam, e que nos grupos os papéis podem ser construtivos ou não construtivos. Alerta ainda sobre a importância de salientar que esta classificação não pode ser rigidamente aplicada, pois depende do estágio e contexto em que se encontra o grupo.

Também merecem destaque nesse documento as qualidades, virtudes, defeitos e atitudes nocivas, dependendo do clima do grupo, do seu movimento, do discernimento e interpretação dos seus componentes. Todos esses aspectos devem ser levados em consideração no planejamento das ações a serem

propostas nesses grupos. Estes papéis são referenciados apenas a titulo de possível observação nos grupos que venham a ser desenvolvidos, com o objetivo de possibilitar ao facilitador a identificação desses atores.

Quanto à caracterização dos papéis desempenhados pelos sujeitos participantes dos grupos propostos, estes podem ser identificados como:

- **Construtivos:**

- **Conciliador** – busca um denominador comum, aceita rever sua posição, busca alternativa de solução coletiva.
- **Mediador** – resolve as divergências, alivia as tensões, intercede com palavras de ânimo, tem uma certa liderança no grupo.
- **Animador** – demonstra afeto e solidariedade, concorda com idéias e sugestões, é ativo, entusiasta e festivo.
- **Ouvinte interessado** – acompanha atentamente as atividades, faz intervenções inteligentes, procura agregar, aceita idéias e sugestões.

- **Não-Construtivos:**

- **Dominador** – tenta afirmar sua autoridade ou superioridade, não aceita argumentação contrária a suas idéias, interrompe demais.
- **Dependente** – busca ajuda sob forma de simpatia, mostra insegurança, carência de apoio, e postura de vitima.
- **Criador de Obstáculos** – discorda e se opõe sem razão, negativo, obstrui o progresso do grupo, é sempre do contra.
- **Agressivo** – ataca o grupo ou o assunto, faz ironia, é de franqueza depreciativa, etc.
- **Vaidoso** – quer chamar atenção sobre si, conta realizações pessoais de forma a afirmar seu *status* superior, interrompe os demais.

- **Reivindicador** – manifesta-se como porta-voz de outros, revela seus verdadeiros interesses pessoais, preconceitos ou dificuldades, finge ser "bonzinho", porém seu interesse é buscar vantagens.
- **Confessante** – usa o grupo como platéia para extravasar questões pessoais, aproveita os momentos para "alugar" o grupo.

O documento Metas e Rotinas definiu dinâmica de grupo como toda atividade que se desenvolve com um grupo (reuniões, workshops, grupos de trabalho, de crescimento, treinamento, plenárias, etc.). Toda ação que objetiva refletir, divertir, aprender, promover conhecimento, incitar aprendizagem, competir, etc., pode ser chamada de "**DINÂMICA DE GRUPO**", ou seja, o encontro de pessoas com objetivos comuns.

Esse documento conceitua trabalho de grupo e dinâmica de grupo, afirmando que os grupos podem ser trabalhados no enfoque voltados para realizar uma tarefa, sem que as questões que envolvam o processo sejam abordadas. No entanto, quando o enfoque está voltado para dinâmica de grupo, o facilitador opera com o que emerge nas interações durante o processo grupal.

Destaca que para se conhecer a dinâmica de um grupo é importante determinar as sociometrias[24] desse grupo, ou seja, as características das pessoas que o compõem, o peso (importância) de cada membro, bem como a rede de inter-relações e o nível de afetividade.

Finalizando, afirma que a dinâmica de grupo é um processo cujo caminho necessita de bom relacionamento, facilitando a integração, permitindo a troca, aprendendo e aceitando as diferenças, possibilitando o desenvolvimento das pessoas.

[24] A sociometria, através do teste sociométrico, mensura as escolhas dos indivíduos e expressa-as através de gráficos representativos das relações interpessoais, possibilitando a compreensão da estrutura grupal. http://www.febrap.org.br

Assegura que todas as pessoas que trabalham com grupos costumam aplicar uma técnica, definindo, técnica, em sentido literal, como, o método de procedimento, jeito ou maneira especial de ensinar, grau de excelência em alguma atividade e forma de desenvolver alguma coisa.

Para o desenvolvimento ou facilitação de trabalho com grupos, a expressão “Técnica” é uma nomenclatura para denominar um procedimento, um método.

Como referência metodológica, essa proposta foi buscar na Metodologia libertadora de Paulo Freire um parâmetro para as ações educativas com grupos no PMF, destacando alguns pontos importantes:

- A ênfase no papel dialético dos sujeitos ativos (construtores e construídos) numa metodologia também ativa, que foge às concepções reducionistas de trabalhos com grupos;

- O processo se baseia na participação, no aprender fazendo, em uma construção coletiva que leve em conta necessidades e realidade afetiva do grupo e da comunidade que se está trabalhando;

- A proposta deve ser capaz de romper com as cristalizações individuais (no grupo) e as que surgem no cotidiano das comunidades.

- Nessa metodologia, o grupo se liberta, o que proporciona através de experiências compartilhadas, novas construções;

- Os procedimentos metodológicos representam a organização e a sistematização de ações que vão concretizar o planejamento e possibilitar os objetivos. Nesses procedimentos, o saber de um é tão importante quanto o de todos;

- Não é o facilitador que detém todo o conhecimento, este, socializado e reconstruído permite ao grupo internalizá-lo de forma mais dinâmica;

- A metodologia deve servir de referencial para o facilitador atuar com os grupos, subsidiando as atividades, mobilizando para mudanças e transformações contínuas, num movimento interativo de produção de novos conhecimentos e sem perder de vista os objetivos.

Foi dado espaço para o sujeito capaz de agregar técnica e metodologia, identificado como facilitador de grupo. Nesse sentido, pensou-se que cada atividade, projeto ou evento que envolva pessoas geralmente está orientado por um planejamento que, naturalmente, foi coordenado por alguém. No trabalho específico com um grupo, esse personagem é imprescindível ao processo.

Optou-se por empregar o termo facilitador, porque se acredita que a própria palavra o descreve, em síntese: o que torna fácil a comunicação, o conhecimento, a integração enfim, o que favorece e mede o relacionamento e as situações geradas no grupo. Destacamos que para o facilitador exercer o papel de Educador deve:

- Incentivar o grupo, buscando trabalhar habilidades e atividades das pessoas, para gerar os comportamentos desejáveis as novas situações;

- Facilitar a condução do grupo, buscando possibilitar uma ação construtiva da aprendizagem, oferecendo às pessoas espaços e orientação para que elas possam, com autonomia, desenvolver suas potencialidades, interligando ao saber que já detém os novos conhecimentos produzidos no grupo.

Foram enumerados 17 requisitos básicos para o facilitador de grupo:

- Saber ouvir e interpretar (esclarecendo as situações que ocorrem no grupo);
- Ter habilidade para sintetizar, clara e objetivamente, as dúvidas e comentários pessoais ou do grupo;
- Estar sensível aos movimentos do grupo, percebendo-os e dando-lhes o rumo mais adequado;
- Procurar trazer e manter os comentários dentro do contexto, conforme o que estiver vivenciando;
- Estabelecer uma comunicação clara e objetiva, além de dialógica, garantindo a fala de todos;
- Manter coerência entre a verbalização e a postura profissional (comportamento);
- Respeitar e estar aberto às opiniões contrárias;
- Compartilhar o comando, permitindo um ambiente de livre expressão;
- Promover um relacionamento bom e agradável (competência interpessoal);
- Ser paciente - principalmente quando o grupo ficar em silêncio ou houver risos, criticas, ansiedade - sem criar expectativas tensas;
- Procurar conhecer previamente as características ou o contexto do grupo, um novo momento;
- Evitar aplicar técnica pela técnica, considerando-se que toda dinâmica vivência ou jogo tem seu significado e as suas variadas conseqüências, que podem desencadear situações de constrangimento;
- Ser sensível às reações do grupo, encaminhando catarses, agressividade, explosão de emoções, etc;

- Exercitar sua capacidade intuitiva e de empatia, explorando situações e transformando-as para levar o grupo a aprendizagem ou mudanças;
- Utilizar habilidades interpessoais o máximo possível, de forma a agregar o grupo sendo acessível e entusiasta;
- Reconhecer o valor do saberes do grupo, percebendo as variáveis culturais, crenças, valores em que as pessoas estão inseridas;
- Ser gente e gostar de gente.

Na consideração geral da proposta de Educação em Saúde no PMF, o trabalho com grupos educativos pretende “desenvolver com a comunidade, a partir de trabalhos com grupos específicos, discussão analítico-reflexivas sobre Educação em Saúde, conforme indicadores presentes e detectados nas observações críticas da realidade local, construindo em uma ação conjunta (usuários / as e profissionais) propiciada pelo acesso e socialização de informações e a troca de saberes, um processo transformador de determinantes e variantes prejudiciais à saúde coletiva”.

Para cada grupo foram elaborados objetivos específicos e sugeridos temas.

- **Para grupos de gestantes, os objetivos são:**

  - Viabilizar ganhos de conscientização em relação à prevenção de atenção à saúde das gestantes;
  - Propiciar às usuárias, nas reuniões de grupos, a promoção da auto-estima, a valorização da troca de saberes, o conhecimento anatômico do próprio corpo, a garantia de um bom período gestacional, o controle de pequenos transtornos da gestação, o acompanhamento da gravidez de risco e orientações sobre métodos anticonceptivos;

- Refletir sobre vivências e experiências individuais ligadas à gestação e ao parto, bem como sobre determinantes de implicações sócio-ambientais, despertando os elementos de conscientização das gestantes em relação à importância do auto-conhecimento, do planejamento familiar e da autogestão de uma sexualidade segura e protegida.

➢ **Os temas sugeridos são:**

- Anatomia Feminina e Masculina (Genitália): Fecundação
- Desenvolvimento da Gestação x Feto.
- Pequenos Transtornos da Gestação: Náusea (enjôo), Edema (inchaço), Pirose (azia), Crescimento das Varizes, Modificações na Pele, etc.
- Sinais de Parto
- Parto normal e cesariana
- Métodos Anticonceptivos
- Alcoolismo e Tabagismo na Gestação
- Visão Social da Saúde (Políticas Públicas): SUS, Hospital Público x Privado, Acesso e Verbas, Direitos das Gestantes (SUS).
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Amamentação: preparo da Mama, dificuldades na Amamentação.
- Exame Pré-natal
- A Importância do Preventivo: apresentação do espéculo, o porquê do toque (colo do útero), a coleta de exames.
- O porquê da Anti-Tetânica
- Sexualidade (reflexões)
- Alimentação sugerida para o período gestacional.

- **Para grupos de puericultura, os objetivos são:**

  - Acompanhar e orientar os responsáveis sobre questões técnicas que envolvam o crescimento e o desenvolvimento de crianças durante o seu primeiro ano de vida, assim como sobre questões de interesses dos usuários/as, com base em sua realidade cotidiana;
  - Prevenir agravos comuns a crianças nessa faixa etária;
  - Acompanhar e orientar os familiares na busca de uma integração satisfatória que crie para a criança vínculos de bem-estar favoráveis a seu desenvolvimento;
  - Diminuir os índices de morbidade e mortalidade infantil nas comunidades assistidas pelo P.M.F.

- **Os temas sugeridos (de 0 a 6 meses) são:**

  - Aleitamento
  - Desmame e Introdução de novos alimentos
  - Higiene e ações favoráveis ao pleno bem estar da criança: banho, banho de Sol, cuidados com objetos e roupas do bebê, sono.
  - Imunização básica
  - Problemas comuns nesta fase: cólicas, assaduras, sapinho, brotoejas.
  - Dentição, Higiene Oral.
  - Acidentes comuns nessa fase: queda do braço do colo, bronco aspiração, deglutição de pequenos objetos, choques elétricos (tomadas / fios).
  - Métodos anticonceptivos
  - Creches na comunidade

- Direitos e Deveres Sociais: teste do pezinho até completar 03 meses, licença-maternidade, acesso a Serviços de Saúde, Ficha Hospitalar Nascido-Vivo (amarela), registro da criança.
- Desenvolvimento psicomotor
- O ambiente do bebê: arejado (ventilação), sem umidade, sem presença de animais domésticos próximos, longe do fogão.
- Recreação e estimulação

➢ **Os temas sugeridos (de 06 a 12 meses) são:**

- Alimentação
- Imunização
- Desenvolvimento Psicomotor
- Acidentes mais comuns
- Recreação e Estimulação
- Problemas comuns na Puericultura: Febre e Tosse, IRA, Diarréia, Escabiose, Impetigo, Pediculose, Constipação, Verminose, Desnutrição.

➢ **Para grupos de hipertensão arterial os objetivos são:**

- Acompanhar, orientar e informar o indivíduo, hipertenso sobre os elementos complicadores de sua patologia;
- Trocar vivências e experiências em relação ao fato de ser um indivíduo com hipertensão arterial;
- Conscientizar o usuário/a hipertenso (a) sobre a necessidade de sua co-participação no tratamento;
- Reinscrever com e para o usuário/a hipertenso (a) ações e hábitos cotidianos que assegurem o controle de sua patologia, incidindo na manutenção de sua qualidade e expectativa de vida;

- Refletir sobre a importância da participação/mobilização coletiva no encaminhamento de ações transformadoras de determinantes prejudiciais à saúde.

➢ **Os temas sugeridos são:**

- A dieta do hipertenso
- Exercício Físico (sua importância)
- Controle da obesidade
- Aderência ao tratamento
- Medicamentos e efeitos colaterais
- Tabagismo e alcoolismo
- Modelo diferenciado do P.M.F.
- A rede de assistência à saúde no Município: SUS, Atenção Primária, Secundária, Terciária, Referências e Exames.

➢ **Para grupos de diabetes, os objetivos são:**

- Reinscrever com e para o usuário/a portador de diabetes a importância de que assuma um papel ativo e participativo no seu tratamento;
- Acompanhar, orientar e informar o usuário/a portador de diabetes sobre os elementos complicadores de sua patologia;
- Trocas de vivências e experiências, socializando as informações, facilitação e referência, visando melhor acesso à prestação de serviços para portadores de diabetes residentes no Município;
- Conhecimento dos fatores de risco para os diabetes;
- Conscientização e reflexões sobre os elementos implicados no fato de ser um portador de diabetes.

- **Os temas sugeridos são:**

  - Dietoterapia
  - Insulina
  - Hipoglicemiantes orais
  - Como detectar e tratar a hipoglicemia
  - Pé diabético - orientações para os cuidados com os pés
  - Cuidados com a visão
  - Controlando outros fatores de risco
  - Aderência ao tratamento e sua importância
  - A família da pessoa portadora de diabetes
  - A diabetes como herança genética
  - Treinamento inicial para aplicar-se a insulina (prático)
  - Outros temas apontados pelo grupo
  - Intercâmbio com outras UMS de assistência aos diabetes (participando de outras palestras)

- **Para grupos de adolescentes os objetivos são:**

  - Buscar refletir sobre a fase de transição bio-psico-social desta faixa etária;
  - Refletir sobre questões sócio-estruturais implicadas na sociedade;
  - Prevenir sobre o risco das DST/AIDS;
  - Refletir desenvolvendo pleno conceito de cidadania.

- **Os temas sugeridos são:**

  - Anatomia do aparelho reprodutor masculino e feminino
  - Gravidez: Fecundação, Feto / Desenvolvimento da Gestação / Aborto / Parto normal x Cesariana
  - Métodos contraceptivos

- Sexualidade (reflexões)
- DST / AIDS
- Dependência química: Tabagismo / Alcoolismo, Drogas.
- Conceito de Família
- Cidadania: Direitos e Deveres
- A Participação Social: Importância da coletividade, Associação de Moradores.
- Previdência Social: Benefícios, Contribuições.
- Preventivo x Exame da Próstata: Porque do toque, Apresentação do Especulo, Coleta de Exames.
- Exercício Físico e sua importância
- Obesidade e Controle
- Outros temas apontados pelo grupo

Do exposto acima, podemos elencar os principais itens do processo de Educação em Saúde proposto pelo PMF, quais sejam:

a) Idéia de que a Educação em Saúde é um processo crucial para um novo modo de produção da saúde, envolvendo uma maior informação dos usuários sobre os determinantes sociais do processo saúde - doença e de seus direitos de cidadania;
b) Percepção de que todos os profissionais de saúde devem estar envolvidos no processo de Educação em Saúde. Isso significa que os médicos e técnicos de enfermagem devem atuar nessa direção;
c) Ênfase nos grupos educativos como estratégia central para o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde;
d) Incorporação da metodologia de educação popular de Paulo Freire, sobretudo nos aspectos que possam construir ações de saúde integradas à dinâmica social local;
e) A capacitação dos profissionais para a Educação em Saúde está presente no treinamento introdutório e na capacitação em serviço. A

questão que se coloca é em que medida este processo de capacitação tem sido suficiente, tanto em termos de carga horária, como de modelos pedagógicos;

f) A sugestão de temas prioritários para as atividades é pré-definida, por isso cabe indagar se o profissional de saúde abre espaço para tratar de temas sugeridos pelos próprios usuários, de acordo com suas necessidades ou apenas cumpre a rotina pré-definida.

Cabe ainda mencionar que existe um protocolo de atividades em grupos (Anexo 3), que constitui, em verdade, um instrumento disponível para os profissionais das equipes básicas, com a finalidade de registrar as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas pela equipe básica em seu setor.

A partir dessa leitura, dos objetivos e sugestões de temas de trabalho com grupos cabe retomar aqui as questões que norteiam o nosso estudo. Que concepções de Educação em Saúde orientam a prática dos profissionais das equipes básicas de saúde? De que forma a proposta vem sendo implementada por estes profissionais no seu cotidiano? Como eles vêem a capacitação realizada pelo programa para o desenvolvimento da Educação em Saúde? De que forma avaliam a repercussão das ações de Educação em Saúde nas condições de saúde da população adscrita?

Buscaremos responder a essas questões a partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais médicos de família do PMF, os quais são considerados educadores pela proposta metodológica do programa.

A perspectiva da análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), nos possibilitará identificar as concepções de Educação em Saúde que norteiam esses profissionais e as ações práticas no cotidiano.

CAPÍTULO III

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A FALA DOS ENTREVISTADOS

Como apresentamos anteriormente, este estudo se assentou em uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo é conhecer as concepções dos profissionais médicos que atuam no Programa Médico de Família em Niterói acerca da Educação em Saúde desenvolvida no âmbito do Programa.

A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais médicos que atuam em diversas áreas adscritas ao programa, totalizando 25 entrevistas com médicos de cinco grupos básicos de trabalho (GBT), em diversas áreas geográficas do município.

Antes de entrarmos na análise do conteúdo referente à Educação em Saúde propriamente dito, convém traçar um breve perfil dos profissionais entrevistados, isso porque esse perfil parece-nos fundamental na compreensão das respostas dadas pelos profissionais.

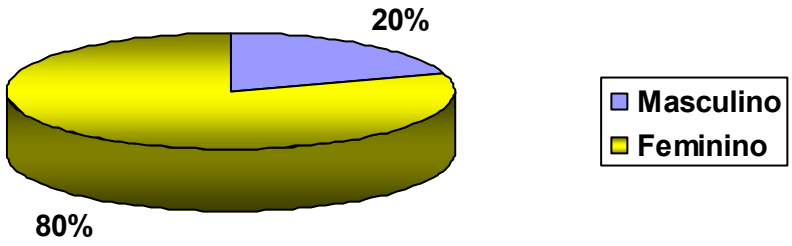
Ressaltamos que a análise do material coletado foi construída a partir da perspectiva da análise de conteúdo, tendo como referência os trabalhos de Bardin (2004) e Minayo (1994).

3.1- Perfil dos entrevistados.

O perfil dos entrevistados levou em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formados, instituição formadora, tempo de trabalho no PMF e motivações para inserção no PMF.

Em termos de sexo, observa-se a grande prevalência do sexo feminino, como se pode verificar no gráfico a seguir:

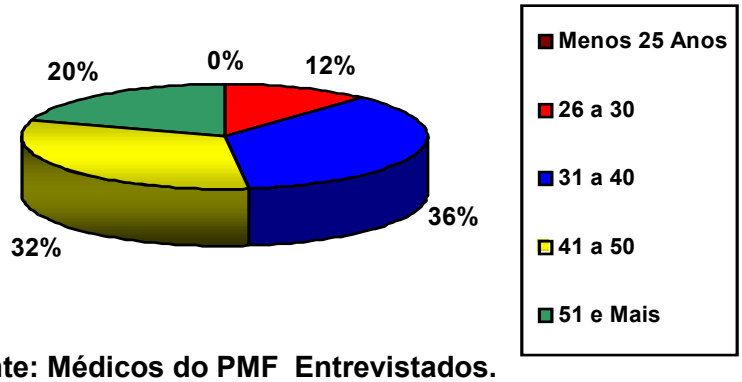
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, 2006.



Fonte: Médicos do PMF - Entrevistados

A faixa etária com maior número de médicos é a de 31 a 40 anos seguidos dos com idade entre 41 e 50 anos (Gráfico 2). Não se deve desconsiderar, no entanto, a existência de profissionais jovens e daqueles com idade mais avançada.

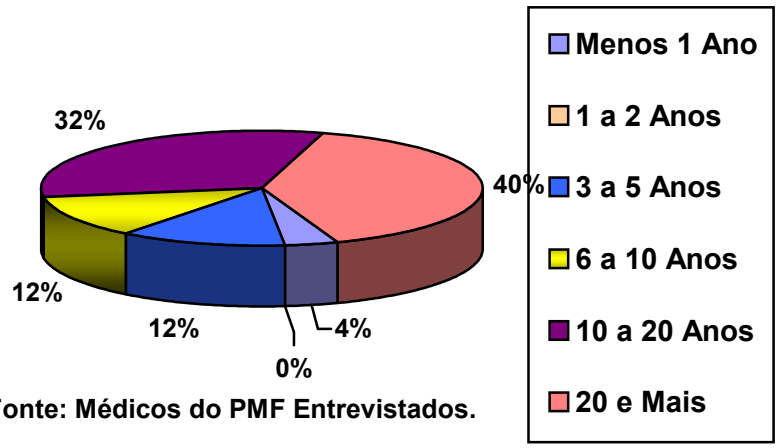
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, 2006.



Fonte: Médicos do PMF Entrevistados.

Quanto ao tempo de formação acadêmica (Gráfico 3), destacam-se o pequeno número de profissionais com menos de um ano, sendo que a maior quantidade está concentrada na faixa de vinte e mais anos de formados.

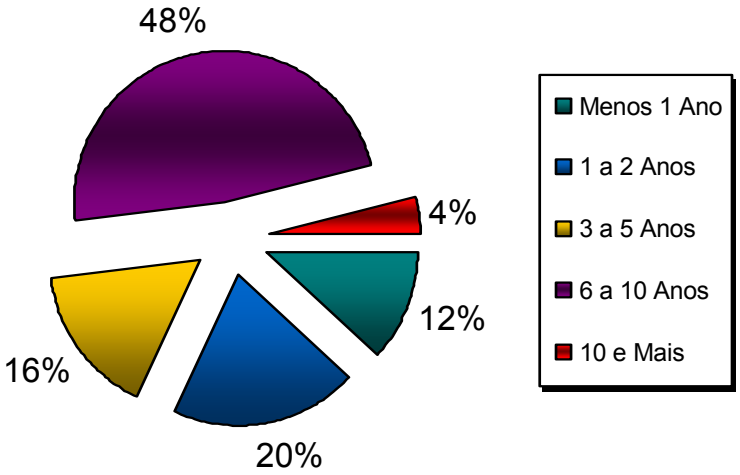
GRÁFICO 3 - TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA, 2006.



Fonte: Médicos do PMF Entrevistados.

O tempo de permanência (gráfico 4) sugere o vínculo desses profissionais com a proposta metodológica do PMF, observado na maioria dos entrevistados.

GRÁFICO 4 - TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PMF, 2006.

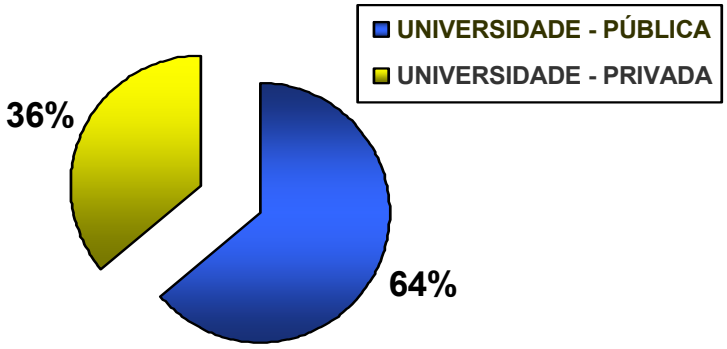


Fonte: Médicos do PMF Entrevistados.

Entre os médicos entrevistados, no tocante à escola de formação (Gráfico 5) prevalece a universidade pública sobre a universidade privada. Consideramos a

Universidade Pública uma porta de entrada para a opção por trabalhar na Saúde da Família.

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO POR ESCOLA DE FORMAÇÃO, 2006.



Fonte: Médicos do PMF Entrevistados.

Quanto à experiência profissional anterior ao PMF, há relatos de inserção tanto na rede pública, como privada. Em geral, esses profissionais atuavam na área de clínica médica e pediatria, o que, em verdade, confirma a especialização como um traço marcante da formação médica que influencia na opção ou eleição das práticas educativas desenvolvidas e corrobora a idéia de que a formação generalista é uma grande lacuna na formação desses profissionais, como vemos nos seguintes depoimentos:

> "Trabalhei no Plantão, na clinica médica e na emergência em clinica médica" (E-25 em 22/03/2006).

> "Sou pediatra de formação. Trabalhava com UTI neonatal antes e aí resolvi dar uma mudança radical na minha vida [...] (E -03 em 09/05/2005)".

> "Eu trabalhava como pediatra. Fiz pediatria. Trabalhei em ambulatório, consultório. Fiz um trabalho comunitário uma

> vez, muito legal, em Pedro do Rio, depois de Itaipava. Era um posto de saúde, mas era assim um lugar muito bom" (E-10 em 31/10/2005).

> "Residência em Clinica Médica e em Pronto Atendimento" (E-20 em 24/11/2005).

Entretanto, encontramos especialistas em reumatologia e psiquiatria, oriundos de consultório, ambulatórios e hospitais, compondo as equipes do PMF:

> "[...] Fui psiquiatra no ambulatório do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro e algumas outras Clínicas Psiquiátricas também" (E-02 em 09/05/2005).

> "Enquanto médico eu tinha o meu próprio consultório. Sou reumatologista. Eu tive experiência em emergência no Hospital Juari lá em Campo Grande. Trabalhava ainda, depois da minha residência, eu fui reumatologista no Fundão. Tinha um ambulatório que era de minha responsabilidade [...]" (E -22 em 30/11/2005).

A opção em trabalhar no PMF para boa parte dos entrevistados apontou para a identificação com a metodologia do Programa em termos da proposta de um novo modelo de assistência à saúde.

Alguns profissionais relataram experiência anterior no PSF de outros municípios e que isso permitiu uma identificação com a Medicina de Família e, portanto, contribuiu para sua inserção no PMF. Essa identificação com a metodologia pode ser observada nos seguintes depoimentos:

“Dentro de comunidade, eu tenho 26 anos. Eu sou da Fundação Leão Treze. Trabalhava como médica na comunidade do Jacarezinho. Só que ali eu só fazia pediatria” (E-19 em 10/11/2005).

“Mudança da relação médica paciente. Mudança de paradigma mesmo profissional. Já não agüentava. Estava a ponto de largar a medicina. Já não agüentava mais pronto socorro. Muito menos consultório particular, eu achava que a gente podia fazer alguma coisa diferente e aqui pelo menos até hoje me encontrei porque foram oito anos” (E-18 em 10/11/2005).

“Eu fiquei quatro anos trabalhando em pronto socorro. Eu comecei a observar que tinha alguma coisa nesse sistema que não estava funcionando bem. Porque eu começava a vê as mesmas pessoas sempre com os mesmos problemas, recorrendo a emergência. E alguns problemas que chegavam ao pronto socorro [...], Eu trabalhava num setor anterior a emergência grande, que era um spa, de pronto atendimento que, na verdade, nem deveriam estar naquele local. Então, assim, eu via gente que não deveria estar ali. Tinha gente que ia sempre por várias semanas, sempre freqüentando o pronto socorro, ou seja, o problema não esta sendo resolvido e a gente que não tinha necessidade de estar ali. Então, eu achei que tinha alguma coisa que eu também estava fazendo ali que não era a função que eu deveria estar exercendo. Na verdade, eu não era médica de pronto socorro. A gente fazia mais ambulatório na emergência do que a emergência propriamente dita. Foi isso que me fez pensar que a emergência virou um pronto atendimento e se era isso que

> eu realmente queria para minha vida. Porque esse sistema não funcionaria como deveria ser uma concepção de emergência. Aí eu resolvi procurar alguma coisa que se aproximasse mais do modelo do que eu gostaria de fazer" (E-25 em 22/03/2006).

Os que já conheciam a metodologia da Saúde da Família comentaram sobre a diferença que o Programa possibilita em termo dos modos de produção do cuidado à saúde:

> "Por que é assim antes de trabalhar no médico de família. Eu trabalhava no Saúde da Família, e eu gostei do modo como era o trabalho. Apesar de ser diferente, eu gostei achei bacana. Eu sempre gostei de trabalhar muito com uma pessoa, diretamente com os problemas que a pessoa vive. Porque eu sempre trabalhei em emergência e via aquele paciente e não via mais. Eu pensava "esse paciente às vezes não tem condições de comprar esse remédio aonde que mora, porque vira e mexe está voltando aqui no posto com escabiose, tem alguma coisa a nível familiar, ambiental onde ela vive", então, quando eu comecei a trabalhar, eu gostei, eu assim me identifiquei com o trabalho, que eu gosto de fazer esse trabalho, em vários lugares sempre procurei trabalhar em saúde da família [...] (E-13 em 08/11/2005).

> "Eu fui Médico de Família em Bregetuba (ES), depois eu fui Médico de Família em Cachoeira de Itapemirim, onde coordenei o Programa Saúde da Família durante dois anos, desde que me formei trabalhei como Médico de Família" (E-05 em 29/06/2005).

> “Trabalhei no Paraná, morei lá quase 05 anos. Trabalhei pela Secretaria Municipal de Saúde, Plantões na Emergência, na Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão. Fazia trabalho com pacientes internados, trabalhava no Postinho de saúde atendimento ambulatorial. Trabalhei no Mato Grosso do Sul, nesses dois lugares trabalhei com a Saúde da Família. Eu era responsável pelas equipes médicas de família. Trabalhava no posto de saúde no Mato Grosso do Sul e também trabalhava em Hospital fazendo plantão na emergência. Trabalhei em Brasília, mas fiquei pouco tempo, cinco meses só, não gostei daquele Saúde em Casa, que até acabou, saí antes de acabar. Na saúde da família no Mato Grosso, em outra cidade do Mato Grosso Cangará da Serra, também era responsável pelo médico de família. Quase no Brasil todo [...]” (E-13 em 08/11/2005).

Outro fato acrescentado é que o atendimento regular em consultório tornou-se cansativo, sem a dinâmica do trabalho em comunidade. Podemos perceber, portanto, que as possibilidades de exercer um novo tipo de intervenção na área da saúde são outro aspecto motivador para a inserção no Programa. Resta saber se essa motivação se traduz em ações efetivas de mudança no modelo assistencial, inclusive na Educação em Saúde. Para tanto, é crucial analisar, as concepções de Educação em Saúde que os profissionais têm.

> “Eu acho que quando vim pro médico de família, eu estava cansada do que eu vinha fazendo e eu nunca gostei de trabalhar em consultório, aquela coisa do bom dia, tudo bem. Não dava retorno e eu achava aquilo muito pobre e eu gostava disso, de trabalho com a comunidade. De trabalhar comunidade. Quando fui para Pedro do Rio eu

> gostei muito. Quando eu fui para São Gonçalo, um lugar muito pobre lá em Guaxindiba. Não tinha nada era um posto desativado. Trabalhei uns anos ali e gostei. Queria uma coisa diferente queria mesmo prevenção, queria profilaxia, queria estar fazendo educação. Foi uma proposta nova de um novo modelo de trabalho. Queria entrar num modo novo, porque eu achava que deveria começar um trabalho desde o início de cadastro. Achei que assim seria mais legal, aí eu entrei aqui junto com o módulo a gente inaugurou, vim antes fiz o introdutório" (E-10 em 31/10/2005).

3.2 – Concepção de Educação em Saúde.

Vimos no capítulo I dessa dissertação que a Educação em Saúde abarca diferentes concepções e conteúdos, construídos em diversos momentos históricos e que influenciam, ainda hoje, as concepções e práticas dos profissionais, de saúde.

A concepção de Educação em Saúde revelada por grande parte dos entrevistados recai na possibilidade de trabalhar a prevenção das doenças e a promoção da saúde. De fato, ambas as ações requerem a adoção de estratégias de intervenção em saúde que ultrapassem a perspectiva clínica. Daí a Educação em Saúde ser uma estratégia fundamental neste sentido.

Na perspectiva da **prevenção de doenças e promoção da saúde,** alguns profissionais têm a percepção de que a Educação em Saúde cobre desde mudança de hábitos até uma maior consciência sobre seu corpo, o cuidado à saúde e a própria questão ambiental:

> “Eu acho que é todo processo que você pode fazer pra que visa contribuir na mudança de hábito dessa pessoa, que tem por objetivo diminuir o risco dela de adoecer ou melhorar a proteção dela em relação à saúde, então não é qualquer coisa né, não é mudar o tom do cabelo ou coisa assim, é uma coisa que tenha como esse objetivo” (E-08 em 19/09/2005).

Essa tendência a conceituar de forma **ampla / difusa** demonstra pouco conhecimento efetivo das possibilidades da Educação em Saúde, como observamos também neste fragmento:

> “Ai eu acho que é uma coisa tão ampla. Eu acho que a educação em saúde vai desde o conhecimento, do autoconhecimento, até as questões básicas de higiene, as questões básicas de sua própria doença, o cuidar da sua família, o cuidar do seu ambiente. Eu acho que é uma coisa tão vasta, eu acho que é você estar abrindo, como é que eu vou dizer assim [...] Tentando despertar nas pessoas que tudo isso é saúde. Então eu acho que a educação em saúde é você estar cutucando as pessoas de alguma forma para despertar essa visão delas, pra elas compreenderem, que tudo isso é saúde. Que saúde não é estar doente” (E-19 em 10/11/2005).

Observa-se que mesmo que a proposta para as ações de Educação em Saúde do PMF seja baseada no modelo dialógico de Paulo Freire (2003), segundo o qual “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”, alguns profissionais persistem numa abordagem técnica, com o risco de atualizar concepções higienistas, reduzindo a Educação em Saúde à forma de ensinar o usuário dos serviços a adotar hábitos

de higiene e comportamento saudável, sem individualizar o cuidado com a saúde e desconsiderando questões mais amplas, como a determinação social do processo saúde-doença. O uso de termos como **transmitir** e **população leiga** dão o tom dessa questão:

> "Olha eu acho que é você poder transmitir. É a partir de um conhecimento técnico prévio que você tem noções básicas [...]" (E-02 em 09/05/2005).

> "Educação em saúde é educação acerca de conceitos básicos de saúde, de doença, que auxilia a população leiga, é uma chance de experiência que não tive até então, estou achando muito bacana possibilidade de você levar a uma população que não é uma população da área de saúde, conceitos simples elementares, mas que no fundo vão afetar o dia-a-dia da pessoa as condutas que elas vão ter" (E-06 em 29/06/2005).

Raramente os profissionais apontaram a **concepção dialógica**, o momento da troca, a lógica da ensinagem;

> "Educação em saúde pra mim é uma maneira da gente construir saúde entendeu. Quando a gente estiver, fazendo qualquer relacionamento com as pessoas, seja na sala de espera, seja dentro do grupo, seja aqui no consultório, seja fazendo a visita domiciliar, ou na rua mesmo. E a gente estar conversando com a pessoa, a gente sempre começa pela educação em saúde, é sempre nossa forma de comunicar. E a partir da educação em saúde a gente consegue transmitir os nossos conhecimentos é como se a gente quebrasse um pouco

nosso discurso da academia e trouxesse para a comunidade. Então é sempre um processo de mão dupla. Porque eles jogam para mim determinadas informações de educação em saúde e a gente trabalha aquilo, é sempre uma construção, a educação é isso" (E-07 em 29/06/2005).

"Se a gente for separar a educação em saúde em educação permanente, aquelas coisas todas, o que eu acho às vezes um conceito muito errado, acho que eu coloco no mesmo saco, por mais que a academia diga que são coisas diferentes, a educação em saúde pra mim é o momento em que você ensina e aprende com o paciente, tudo em relação à saúde dele, então a gente pode tentar falar da parte acadêmica, de que não só é a existência de doença, promoção da saúde, mas também ele está muito consciente da doença dele. Eu acho que a gente tem todos os momentos, você pode aproveitar individuais ou em grupo, de você estar orientando o paciente, são todos os momentos que a gente pode tá ensinando e aprendendo com o paciente as questões relativas à saúde dele. Quer dizer, não só com os pacientes, mas todos os agentes que fazem parte dessa saúde e que contribua de alguma forma direta ou indiretamente. Então toda assim, na parte individual, toda a orientação sobre a doença que o paciente tem, desde os fatores de risco, o que pôde ter desencadeado, os fatores de risco que ele está exposto, ou o que ele pode fazer pra promover a saúde dele, como que essa doença pode desenrolar, o que pode agravar, quais são os sintomas em que ele tem que procurar a emergência [...] Então assim a educação em saúde

> também fazendo com que ele reflita sobre as questões que influenciam na saúde dele, como ele pode contribuir como um agente também modificador nessa saúde (E-05 em 29/06/2005).

Procurando caracterizar as atividades em Educação em Saúde, isto é, se havia uma forma especifica de desenvolver as ações pretendidas por esses profissionais, verificamos que um grande número deles acredita que a ação que representa a melhor forma de se trabalhar Educação em Saúde é o **contato individual,** que no cotidiano permite a interação com os sujeitos usuários, através das consultas no módulo, nas visitas domiciliares, no acesso às residências de seus setores.

> [...] “A educação em saúde que você faz todo dia com seu paciente, que está chegando. Quando você explica para ele porque você estar passando remédio. Quando você explica para ele porque você está pedindo o exame. Quando você explica porque, embora ele tenha pedido, você não vai passar o exame. Eu acho que isso funciona muito bem. É claro que existem outras formas até mais modernas de você trabalhar educação em saúde [...] eu gosto mais de trabalhar educação em saúde no consultório com o paciente, com a mãe que está trazendo a criança, entendeu, ou com o responsável que está trazendo o idoso, ou com o idoso que vem sozinho, ou com o idoso que toma conta do outro idoso. Eu gosto de trabalhar assim” (E-02 em 09/11/2005).

> “Educação começa desde o acolhimento no módulo, até a consulta, onde o médico, o profissional da área de

> enfermagem, dão as orientações, educam [...]" (E-05 em 29/06/2005).

Outros caracterizaram como sendo os **grupos educativos** e poucos a **sala de espera**, o que, de certo modo, demonstra que estas estratégias ainda são pouco valorizadas pelos profissionais médicos.

> "As reuniões de grupo" (E-20 em 24/11/2005).

> "Bom, a gente faz algumas atividades, quer dizer, atividades em grupo, eu acho que chamam muita atenção, primeira coisa que eu vou lembrar é a atividade de grupo [...]" (E-22 em 30/11/2005).

> "Olha eu acho as que você tem as mais difundidas, que são no caso grupos, que a gente dentro do PMF trabalha com esses grupos" [...] (E-2 em 09/05/2005).

> "As atividades que eu acho que são importantes para a educação em saúde são as salas de espera, eu acho que a gente usa sala de espera muito pouco, até porque os profissionais têm muita resistência em fazer sala de espera, não se sentem bem em estar fazendo sala de espera. Até porque não têm o hábito de fazer. As meninas (auxiliares de enfermagem) ficam meio constrangidas, sem jeito, mas eu acho que sala de espera é o momento que você poderia estar trabalhando educação em saúde [...]" (E-03 em 09/05/2005).

Quando questionados sobre em que **espaços** as atividades de Educação em Saúde podem ser desenvolvidas e quais as atividades desenvolvidas em seu setor, os profissionais afirmaram, em sua maioria, que para realização das

atividades não existe espaço definido, podendo ser desenvolvidas em **qualquer espaço.**

> “Em qualquer espaço, no intramuros, dentro da própria unidade, na comunidade, numa praça, num clube, é dentro da casa do próprio paciente, a atividade de educação em saúde é um processo continuo independe do espaço” (E-01 em 06/05/2005).

> “Acho que em todos os espaços, menos na tarefa administrativa isso não dá, mas nas outras, acho que a gente aproveita todos esses espaços” (E-17 em 10/11/2005).

No que respeita às **atividades consideradas de Educação em Saúde** desenvolvidas no setor, com freqüência foi apontado o trabalho com **grupos,** destacando-se os grupos de planejamento familiar, hipertensão e diabetes, grupos de obesos, antitabagismo, grupos de gestantes, grupos de adolescentes, grupos de idosos. Isso contradiz a análise anterior, na qual observamos que os profissionais caracterizaram o trabalho individual como a forma de interação com os indivíduos em seu cotidiano. Podemos entender, no entanto, o trabalho com grupos como a atividade desenvolvida com maior freqüência pelas equipes, o que está de acordo com a proposta concebida pelo PMF, para a Educação em Saúde.

> “A gente está fazendo um grupo de obesidade, já começamos. Estamos fazendo um grupo de tabagismo, adolescentes, planejamento familiar, são trabalhos em grupos que eu faço parte, no meu caso, nem todos eu faço parte sozinho, alguns a gente divide com mais de um médico, mas os dois estão presentes. Na creche começa

> depois de amanhã, e hipertensão também começa depois de amanhã, são tantos" (E-06 em 29/06/2005).

> "Eu tenho grupo de gestante, hipertensos, diabéticos, e a gente está com o grupo de arteterapia em mosaicos que ensina criança. A maioria é criança, qualquer idade, mas a maioria é criança e a gente vai fazendo os painéis de mosaico [...]" (E-11 em 31/10/2005).

Boa parte dos entrevistados declarou não ter nenhuma atividade desenvolvida em seus setores no momento, ficando a **sala de espera** com a preferência mínima nas ações de Educação em Saúde.

> "Devido ao pouco tempo que eu tenho no PMF, o que consegui fazer foram salas de espera pontuais e focando situações da comunidade, por exemplo, pelo um grupo de pescadores que atendi então fiz uma sala de espera sobre o câncer de pele e também sobre doença transmissível para esse grupo de 10, 12 pescadores. E, mais recentemente, pelo dia de combate a hanseníase, uma palestra na sala de espera sobre a hanseníase e a tuberculose, e como combatê-las" (E-01 em 06/05/2005).

> "No momento não, porque eu estou voltando para um setor. Eu fiquei um tempo afastado do trabalho médico, estou voltando tem poucos meses" (E-14 em 08/11/2005).

> "No momento só to tendo possibilidade de fazer a educação em saúde no consultório, não tá sendo possível fazer grupo ou outras atividades" (E-24 em 22/03/2006).

"Agora não, agora não" (E-25 em 22/03/2006).

3.3- O Programa Médico de Família e a Educação em Saúde.

Um segundo bloco de questões para os entrevistados buscou contemplar o processo de Educação em Saúde desenvolvido dentro do Programa Médico de Família. Foram abordados aspectos como: orientações do PMF para o desenvolvimento dessas atividades, trabalho com grupos, a sala de espera, o treinamento introdutório e material didático.

Como destacado no capítulo II dessa dissertação, o PMF tem a educação em saúde como uma de suas prioridades. Documentos do PMF confirmam essa ação como prioritária para a construção de um "novo" modelo, de atenção à saúde e estabelecem uma série de orientações para que os profissionais das equipes básicas (médicos e técnicos de enfermagem) desenvolvam essa ação.

Parte dos profissionais, quando perguntados sobre se existe alguma orientação do PMF para desenvolvimento das ações de Educação em Saúde refere-se ao trabalho de grupo:

> "Existe principalmente a questão dos grupos. O programa preconiza que você tenha os grupos de hipertensos, diabéticos, de planejamento familiar, né? Em alguns lugares, a gente tem outros grupos" (E-02 em 09/05/2005).

> "Quando a gente faz o introdutório, eles colocam o módulo do serviço social, onde a gente aprende, recebe orientações, como estar desenvolvendo essas ações de educação em saúde" (E-05 em 29/06/2005).

> “Eles têm uma preocupação extremada até. É positivo, porque muito da metodologia do PMF é baseada nisso, na questão da educação em saúde. Acho até que o eixo principal é a educação em saúde” (E-07 em 29/06/2005).

Na opinião de alguns entrevistados, no entanto, estas orientações não são suficientes para subsidiar os profissionais no desenvolvimento das ações de educação em saúde, por não contemplarem a construção de um **modelo pedagógico**, que, para eles, seria fundamental nesse processo:

> “Existe uma cobrança já né? Porque quando você assina o contrato tá escrito que você é obrigado a fazer. Então, não tem jeito. Faz parte do seu papel; Eu acho assim, que existem algumas questões que são muito mal resolvidas. Por exemplo, por acaso, eu, gosto de fazer e eu procurei me informar como eu poderia fazer grupos, essas coisas [...] Então, existe uma dificuldade muito grande dos médicos fazerem isso porque acaba virando palestra o tempo todo né? E eu não vejo [...] A gente não consegue. A gente não tem um treinamento. A gente não aborda esse tipo de coisa, entendeu? As auxiliares de enfermagem, na maioria das vezes, não têm preparo nenhum pra estar desenvolvendo um grupo. Eu acho que é uma pena, entendeu? A gente pouco discute essa parte e a população, em geral, considera grupo uma coisa de brincadeira e que a gente está deixando de trabalhar pra fazer isso. Então, eu acho que o programa falha muito, porque se é uma porta de entrada de nível primário e de promoção de saúde, essa parte tinha que ser nossa bandeira. E a gente acaba ficando o tempo todo dando

> uma de Home Care mal quebrado, entendeu, e não faz o trabalho“ (E-21 em 24/11/2005).

Um aspecto a salientar é que os profissionais não têm durante a sua formação um conteúdo dedicado à Educação em Saúde, o que torna essencial essa capacitação pelo próprio programa.

No entanto, alguns entrevistados ressaltam que o PMF orienta que os profissionais devem fazer atividades de educação em saúde, mas não dá o suporte necessário para que possam desempenhar essa função:

> “Olha, eu sinceramente posso dizer que pra mim não, tem (capacitação para a educação em saúde), sabe? Porque, pra mim, dizer tem que fazer não me serve de nada [...] Isso porque aprendi em outros momentos da minha vida” (E-08 em 14/09/2005).

> “[...] eu sabia ser médica, mas essa médica que eles queriam aqui, eu não sabia ser. Eu tive que aprender aos trancos e barrancos, estudando, buscando. Eu não conseguia ter universo de pesquisa nenhuma. Na época, eu não tinha Internet. Há dez anos atrás, nem computador eu tinha. Hoje você entra na Internet você já tem outro universo [...]” (E-12 em 31/10/2005).

> “No último treinamento, na quarta-feira passada, a gente pediu se pudesse aproveitar esse espaço e fizesse um bloco de discussão sobre como desenvolver um grupo, como a gente montar uma estratégia assim, quais os objetivos, se alcançamos esses objetivos. O que a gente faz é se orientar por outras pessoas, um passa a experiência pro outro. Mas a gente faz por conta própria.

> Não tem uma orientação certinha sobre isso, tá entendendo? É falado que eu preciso fazer, são dados algumas orientações muito gerais, mas não tem material [...] E os mais antigos, então, pediram muito mais (a capacitação). Quem pediu mais foram os mais antigos, porque já estão antigos e sabem qual é a dificuldade. A gente faz pela nossa própria vontade e nossa experiência, vai acertando, vai errando, no próximo faz melhor entendeu? (E-13 em 08/11/2005)

As falas acima retratam uma tendência geral entre os profissionais para a implantação de ações educativas muito mais baseadas em suas **concepções próprias** sobre este processo, do que no modelo preconizado pelo programa, o qual propõe uma metodologia reflexiva e dialógica.

A isso deve-se, portanto, o fato de que alguns profissionais, sensíveis à importância da educação em saúde dentro do programa, destaquem a necessidade de um **treinamento** mais efetivo em termos da própria metodologia de intervenção, como ilustram os depoimentos abaixo:

> “Eu participei do primeiro grupo, depois veio o segundo grupo [...] E foi consenso que o que a gente precisa, a coisa mais importante do nosso treinamento é o processo pedagógico. É uma coisa que eu falo há muito tempo, mas que isso agora ficou explicito [...] Inclusive, quem coordenava o grupo, em algum momento, insistia para que a gente definisse tema: “que tema?” Que tema. A gente colocou muitas vezes que o tema não é a coisa mais importante pra gente. O tema você vai definir dentro da questão da importância estratégica desse tema. O tema, tudo bem, é importante. A gente pode definir, mas não é

nossa questão principal. Nossa questão é como esse tema vai ser abordado" (E-08 em 14/09/2005).

"Eu defendo a concepção metodológica dialética, porque eu não acredito que tenha um outro processo de mudança. A pessoa tem o seu conhecimento, ela vai ouvir aquilo e ela vai fazer uma nova síntese, que é muito particular, é muito dela, né? E acaba em um momento, ela vai fazer nova síntese. Em momento nenhum, alguém vai ensinar uma coisa igual pra Maria, pra João, pra Terezinha, pra Deise. Então, se o programa der o que imagino, isso pode refletir na prática de todo mundo. Mesmo que você não discuta educação em saúde, só você trabalhando um novo processo, refletindo sobre como esse processo está sendo trabalhado [...] Porque a gente tem que avaliar cada momento também como aquilo foi. As pessoas vão poder incorporar assim uma nova prática, né, mais pedagógica" (E-08 em 14/09/2005).

"Olha só. Isso é cobrado muito dos profissionais. Eu percebo que os profissionais cobram muito esse tipo de coisa do programa em termos de treinamento. De minha parte, eu cheguei no programa no momento em que todas essas coisas eram muito incipientes. Então, eu acho que os profissionais mais antigos aprenderam a sua forma de fazer isso. Atualmente, eu sinto que existe uma preocupação por conta dos coordenadores dessa área pedagógica de estar capacitando os profissionais nessa parte mais educativa e tal. Isso foi, inclusive, motivo de discussão de um treinamento esse ano, onde todos os profissionais apontaram a necessidade de ter um

> treinamento especifico nessa questão pedagógica. De minha parte, até porque sou antiga, como eu disse, eu acho que a gente foi aprendendo a fazer uma maneira de chegar junto, de chegar na comunidade" (E-14 em 08/11/2005).

Algumas falas tendem, inclusive, a avaliar que nem mesmo o próprio PMF encontra-se capacitado para desenvolver essa discussão.

> "Há sempre um espaço de discussão com os supervisores. Mas também acho, assim, que não existe um espaço da metodologia formal [...] Nem os supervisores são capacitados para a formação de grupos. Então, essa coisa da pedagogia, de estar passando, é muito difícil, é muito na tentativa e erro" (E-15 em 08/11/2005).

> "Eles querem que a gente faça com as pessoas uma metodologia que eles não fazem com a gente. É como se a gente não tivesse o mesmo processo de pensamento e mudança da prática e mudança de atitude que as pessoas [...] é humano" (E-08 em 14/09/2005).

A grande maioria dos entrevistados referiu-se aos **grupos prioritários** definidos pelo Ministério da Saúde - ou seja, idosos, gestantes, adolescentes, saúde da mulher, etc. - reforçando a orientação do Programa, pois no treinamento introdutório são sugeridos os temas para os grupos educativos nas ações de Educação em Saúde.

> "A gente planeja primeiro em cima do que o Ministério solicita, porque ele precisa desses dados pra trabalhos

> né? Então, é o que eles já nos fornecem: menores de cinco anos. Pra que menores de cinco anos? Pra ver a desnutrição né? Os idosos, que em Niterói, você sabe que o trabalho do idoso é bastante acentuado, né? E a gestante. Então, eu uso os grupos prioritários que o Ministério tem como prioridade né, e o planejamento também em cima de algumas visões que a gente observa, por exemplo, aqui no nosso módulo" (E-04 em 20/05/2005).

Ao mesmo tempo muitos entrevistados afirmaram a necessidade de **reconhecer as demandas** específicas de cada área adscrita ao programa, o que representa, a nosso ver, um avanço em termos do planejamento das ações baseado nas demandas locais.

As falas abaixo são ilustrativas dessa questão.

> "Eu procuro perceber o que o setor tá precisando mais no momento. Por exemplo, o meu setor tem um numero de pessoas idosa grande. Então, algum tempo atrás, a gente desenvolvia muito grupo de terceira idade que a gente discutia assuntos referentes a essa faixa. Inclusive, abordava temas como hipertensão, diabetes, prevenção de acidentes é [...] nutrição. Agora, atualmente, o que eu detectei é a realidade do meu setor então a gente tá planejando os grupos semanais de educação alimentar. Então, eu acho que a gente tem que fazer baseado nos indicadores do setor mesmo, né?" (E-03 em 09/05/2005).

> "As realidades são tão diferentes, mesmo dentro de uma única cidade, cada módulo tem uma realidade diferente,

> dentro do módulo, cada setor tem uma realidade diferente" (E-013 em 08/11/2005).

Ainda que seja raro nas falas dos médicos entrevistados, o uso de **indicadores de saúde** para o planejamento das ações educativas é referido por um profissional:

> "No consultório desenvolvo minhas ações com base no conhecimento técnico. Mas também, quando precisa, lanço mão de indicadores de saúde, de pesquisa" (E-24 em 02/03/2006).

É ainda ressaltado que nem sempre esses indicadores estão disponíveis, apesar do grande número de dados registrados pelo PMF, via cadastramento, SIAB etc...

> "Basicamente com a necessidade do que eu percebo no meu dia-a-dia, muito difícil você ter um registro, indicador, ai, de vez em quando a coordenação manda pra gente isso nos dá um outro objetivo, mas primeiro que demora demais, mesmo que você peça aquilo enrola, você não tem de volta, ou seja, se você for esperar um indicador pra iniciar um trabalho, você não inicia, então quando simplesmente é o que o grupo busca, é o que o grupo tem de necessidade. Se for por indicador a gente não faz grupo" (E-12 em 30/10/2005).

Alguns profissionais destacam a necessidade de que o **planejamento das ações** seja flexível o suficiente para acompanhar a demanda dos próprios usuários. De fato, um planejamento prévio que não pode ser alterado acaba por

reforçar a visão de que o saber técnico é mais importante do que as experiências dos usuários, ou que o tema é mais importante do que o processo metodológico.

> “Sempre planejo e sempre faço diferente do que eu planejo, todas às vezes eu venho com o material, mas eu sempre fui uma pessoa prolixa, mas na hora do grupo é a hora em que eu mais me calo, porque é a hora em que eu mais aprendo, é a hora em que eu deixo os outros eus penetrarem no meu eu e aí aquele meu material de trabalho às vezes nem é usado, mas ele é sempre planejado” (E-09 em 19/09/2005).

Outros depoimentos afirmam que a falta de planejamento interfere de forma negativa nos possíveis impactos das ações educativas, ficando estas, quase sempre, a reboque de questões emergenciais, como é apontado no fragmento abaixo:

> “Isso é uma coisa que eu sinto falta. Por exemplo, eu sinto que não dá pra ser, já com tantos anos de programa, não dá para ser tão artesanal. Eu acho que a gente deveria ter um trabalho mais sistematizado, mais metodológico no que diz respeito à questão da promoção e prevenção em saúde a partir de indicadores, sim. Isso a gente não tem. Aliás, isso não é uma fala minha, isso é uma fala de vários espaços fora do programa, de dentro da universidade até, Niterói não fornece dados. Isso é uma pena, porque a gente é muito assolado pela necessidade de estar enviando dados mensalmente pro programa, pro ministério [...]. Eu não sei porque Niterói, especificamente o programa, não fornece esses indicadores. O meu trabalho, ele é muito artesanal mesmo, porque assim eu baseio as

> minhas ações, de forma neurótica e angustiante, naquelas demandas mais urgentes" (E-14 em 08/11/2005).

Outra questão levantada no trabalho de campo foi se e como a perspectiva de **atenção integral** proposta pelo PMF alterou de alguma forma a atuação profissional destes médicos. Esse questionamento nos forneceu dados significativos para a análise, pois todos os entrevistados responderam unanimemente que houve alteração em sua forma de atuação profissional.

> "Olha, eu não trabalhei no PSF eu só ajudei implantar então eu nunca fui médica do PSF, eu fui médica de Centro de Saúde, que é uma coisa muito diferente, porque você não tem um processo de acompanhamento garantido como você tem aqui, entendeu" [...] (E-08 em 19/09/2005).

Para alguns, a **busca ativa** supera o viés biológico, criando vínculo entre a equipe e a comunidade.

> "Você não tem a visita domiciliar que te abre a mente em relação ao ambiente dessa pessoa, uma percepção das relações dessa pessoa muito mais, muito mais ampla, né, então acho, sem dúvida, quando você tem um lugar onde você pode agendar, onde você pode fazer busca ativa dessa pessoa se ela não vem, onde você pode programar uma visita na casa dela, ver onde ela dorme, que jeito é a cozinha dela, que jeito é o quintal dela, você vai ter um diagnóstico muito mais integral dessa pessoa, das relações dessa pessoa com seus riscos, e, sem dúvida, te amplia demais as possibilidades mesmo" (E-08 em 19/09/2005).

> “Esse trabalho, de uma forma holística, ele logicamente ele tem muito a acrescentar ao cidadão e essa permanência de 40 horas dentro da comunidade, mais junto dessa comunidade do que a sua própria família, faz ela virar a sua família também, e eu acredito nas transformações, eu acredito em todas as transformações, eu acredito na transformação do ser humano, acreditei mais nas revoluções, mas eu não acredito mais nelas, eu acredito nas transformações dos eus e as transformações dos eus, a longo, muito longo prazo, são transformações sociais que cem anos é muito pouco, mas eu acredito que eu estou tentando plantar uma sementinha, meia sementinha, e vendo o indivíduo dessa forma holística” (E-09 em 19/09/2005).

> “Bem, acrescentou muito, porque nas outras, nos outros locais que eu trabalhava eu não tinha esse contato com a comunidade que eu tenho aqui, então me deu uma oportunidade de fazer o que eu gosto, eu gosto de ficar, é muito engraçado, eu gosto de tentar ver o que o outro tá falando pra ver se ele tá entendendo o que eu estou dizendo [...]” (E-21 em 24/11/2005).

Outros profissionais acreditam que a **atenção integral** possibilita o desenvolvimento das ações de educação em saúde, fortalecendo o vínculo existente entre esses profissionais e a comunidade na qual estão inseridos.

> “Ah! Com certeza, absolutamente é desde a prática aqui dentro do consultório, da maneira como eu converso, o que quê eu tenho que perguntar pra ele e o que eles me perguntam, né? O estímulo, essa coisa de eu estimular o

> paciente a fazer perguntas, mas o que você está sentindo, mas você acha de onde vem essa dor, ele ser o sujeito do processo de construção dele de saúde, quando ele me responde baseado nas próprias perguntas. Eu acho que isso é uma coisa que o Médico de Família, que a proposta política tem, que é um perfil da equipe de saúde, que é aquela que, a partir das perguntas do paciente, consegue formar melhor o processo de doença, isso aqui dentro do consultório e fora também não tem como a gente não sentir que fazer uma vd e conhecer o convívio social que ele está vivendo vai influenciar a gente aqui, porque a gente tem uma série de coisas que a gente poderia fazer aqui, básicas, e que a gente não faz, porque não teria fundamento, né, não adianta eu ficar tratando uma asma recorrente, se eu não vou lá, não faço um trabalho de educação em saúde" (E-07 em 29/06/2005).

3.4.- A capacitação para Educação em Saúde.

Como era de se esperar, a grande maioria dos entrevistados informou não ter recebido **capacitação** para a Educação em Saúde como disciplina curricular. Esse dado foi ainda apontado pelos entrevistados como sendo um dos responsáveis por tantas dificuldades em desenvolver essas ações.

Outro ponto importante discutido junto aos médicos do PMF foi sua qualificação para a atuação em educação em saúde dentro do programa. Essa questão é relevante, tendo em vista a persistência do padrão flexneriano na formação médica, com pouco ou nenhum enfoque em aspectos que ultrapassem o víeis biológico. Vejamos alguns exemplos:

“Com relação à formação, nunca tive nenhuma orientação ou noção do que seria médico de saúde ou médico de doente. O tempo inteiro a gente foi médico de doença. A gente foi formado a ser médico de doença, não pra médico de saúde. E pra você ser médico de saúde, você tem que trabalhar educação em saúde, tem que pensar em saúde e a gente só pensou em doença” (E-16 em 08/11/2005).

“A gente tinha a parte de sanitarismo, né, na época. E falava um pouco assim de fossas, como construir fossas, como estar orientando cuidados com a água, com o lixo. Mas, eu acho que, no geral, não tem nem 1% da nossa realidade que eles poderiam ter ensinado pra gente tá passando, né. Eu acho que nessa parte não me ajudou em nada” (E-03 em 09/05/2005).

“Eu estudei numa época ditatorial, sob o regime militar, em que essa forma de trabalho sobre os estudantes era até mesmo vetada, era controlado, tudo muito controlado. Mas a minha universidade me formou assim, de uma forma acadêmica bastante substancial. Eu acho que fiz uma boa universidade, fiz uma boa residência. Fiz quase seis anos de residência médica. A residência foi muito instrutiva pra mim. Aquele tempo todo dentro dos hospitais, das unidades básicas, passando por várias experiências, observando o sofrimento, tentando melhorar o sofrimento. Mas a educação em saúde mesmo, né, que a gente sempre propôs [...] Me lembro que em 1978 eu era estudante de medicina, eu tava no terceiro ou quarto ano de faculdade, a gente já começou a falar isso. Nós éramos alguns estudantezinhos da UFF começando a falar nisso, tinha algumas conferências, e a gente era até mesmo

> punido algumas vezes por pensarmos assim" (E-09 em 19/09/2005).
>
> "Na graduação, eu nem ouvia falar em educação e saúde. Mas isso tem onze anos. Eu não sei se mudou alguma coisa agora, né. O pessoal mais novo que tá aí, né, recém formados, talvez já tenha mudado um pouco, mas deve ter, até porque tá se pensando mais em prevenção, até nos serviços privados" (E-10 em 31/10/2005).

A pesquisa mostrou ainda que apenas uma minoria inserida no PMF cursou Educação em Saúde como disciplina curricular, o que contribui para formação desses profissionais.

> "A gente chegou a ter uma disciplina de educação em saúde. Dois semestres: educação em saúde 1 e educação em saúde 2" (E-02 em 09/05/2005).
>
> "Nós tínhamos o que se chamava, na época, de internato rural, com mais ou menos esse nome. Nós saíamos e íamos para as comunidades rurais que tinham pouco acesso à parte assistencial. Então, a gente trabalhava a educação em saúde" (E-01 em 06/05/2005).

Ficou evidente que os entrevistados, quando precisam de **orientação** para as ações em Educação em Saúde, recorrem freqüentemente aos profissionais do mesmo módulo, existindo troca de experiências entre eles, mesmo que não trabalhem na mesma área adscrita. Outro espaço adequado para essa troca é a capacitação permanente, em que a maioria dos profissionais participa como parte da metodologia proposta pelo próprio PMF.

> “Para ser sincera, hoje em dia eu recorro aos colegas. Um sai trocando com o outro: o que deu certo, o que não deu [...] Então o próprio supervisor, que às vezes assistiu de um, vem e te dá uma dica. Dali você já cria uma colinha, não precisa ser tão igualzinho, mas já tem idéia pra se criar mais uma coisa. Eu acho que é mais uma troca mesmo entre os colegas, essa troca de experiência mesmo” (E-19 em 10/11/2005).

> “A gente troca experiências, sim, nas quartas-feiras, a gente tem um encontro, nós os jurássicos, e cada um vai [...] olha experimentei isso e ficou legal, experimentei aquilo outro e ficou legal, então a gente adora colocar o grupo inteiro, porque quando tem o grupo inteiro, mais possibilidades têm de troca, porque aí a gente vê [...], vê, vê [...], às vezes, quando não tá todo mundo junto, o [...], e é o momento que a gente troca procura e conversa, senta conversa e acaba surgindo uma solução” (E-18 em 10/11/2005).

Embora em menor freqüência, alguns entrevistados referem buscar apoio para as ações de Educação em Saúde junto à equipe de supervisão do PMF:

> “Depende do que eu vou fazer. Dependendo o que eu vou fazer, eu recorro a qualquer coisa: ou eu procuro a minha supervisão de serviço social, procuro a supervisão de go, de clinica, dependendo do assunto. Às vezes eu procuro outro serviço. Por exemplo, a gente quis fazer uma reunião, porque o pessoal estava reclamando muito do Caramujo. Então, a gente chamou o pessoal da zoonose pra vir aqui falar sobre isso com a gente. Lá no Morro do

> Céu, a gente trabalhava muito com o pessoal da promoção social. Às vezes, a gente trabalha com escola quando tá perto, aqui não tem mais [...] Elas trabalham muito com CIEP, né, aí dá pra você, é isso, né, você vai lá na Internet, vê o assunto do dia, não tem jeito" (E-21 em 24/11/2005).

> "Recorrer sempre aos supervisores. São as referências que eu tenho. Por exemplo, os adolescentes, como te falei, a quem trabalhou no adolescentro, porque tem uma médica aqui no programa, a quem trabalhou com adolescente e tal. Agora, o que eu percebo é que mesmo nos grupos mais estruturados, como os grupos da UERJ, é muito ainda tentativa e erro. Mesmo pra eles que são mais estruturados" (E-15 em 08/11/2005).

Quanto à **supervisão de serviço social**, que para o PMF é responsável pelas ações e práticas de Educação em Saúde, uma pequena parte dos entrevistados confirma recorrer a esses profissionais;

> "Ah! Recorro mais à supervisão do serviço social mesmo [...]" (E-17 em 10/11/2005).

> "Tem a supervisão do serviço social, que é o meu suporte e, como falei anteriormente, o material didático" (E-20 em 24/11/2005).

Quando nos referimos à contribuição dada pela **educação permanente** desenvolvida pelo PMF para as ações de Educação em Saúde, boa parte dos entrevistados informou que raramente existe alguma contribuição para o desempenho de tais ações, como nos exemplos abaixo:

> “Eles fizeram um inquérito primeiro com a gente lá. Distribuíram um texto, tá muito bom. É um texto que o pessoal do Ministério escreveu sobre treinamento continuado, formação continuada, uma coisa assim, educação permanente. Muito interessante. E tinha umas três perguntas depois, se, três ou quatro perguntas, se a gente conseguia aplicar na prática. Quando perguntou se os treinamentos anteriores contribuíam pra prática, as pessoas colocavam assim, às vezes, pra prática geral, entendeu. Foi uma coisa, assim, muito fragilizada, porque a gente não vê um processo sistematizado de transformação daquela discussão na prática. Esse processo fica em aberto. Fica aleatório, fica algo com o entender de cada um. Isso não deve ser só espontâneo. Isso pode ser pensado coletivamente. É muito mais rico” (E-08 em 14/09/2005).

> “No programa, o que eu sempre questionei e contei é de que a gente, sempre nos foi pedido que trabalhasse com a educação em saúde, mas nunca [...] a gente tem o espaço de capacitação, mas esse espaço de capacitação nunca foi trabalhado pra se trabalhar a educação em saúde” (E-16 em 08/11/2005).

Outra parte desses profissionais, ao contrário, afirmou que a **capacitação permanente** contribui para as ações de Educação em Saúde:

> "Contribui, porque te qualifica, né. Quando te qualifica, você é capaz de identificar melhor alguns problemas que às vezes, eventualmente, você não tá detectando e que te faz planejar algumas ações baseadas naquele [...] Porque

> eu acho que a gente só acha aquilo que a gente sai pra procurar. Então, quando sou qualificada, eu começo a olhar melhor e identificar alguns problemas e isso me faz ter argumentação, material pra começar a trabalhar essa questão da educação" (E-25 em 22/03/2006).

> "Quando você tem mais um embasamento teórico, acaba que o grupo sai melhor, né, mesmo que não seja nada voltado assim para o grupo. Por exemplo, eu não tive um treinamento de como se faz um grupo, de técnicas pra grupo, ou dinâmicas de grupo. Nada disso. Mas, em compensação, só você está embasado no tema [...] quer dizer, se de repente surge uma pergunta no grupo, você tem muito mais facilidade de explicar, de responder, né. Isso sem dúvida" (E-19 em 10/11/2005).

Novamente surgem nesses discursos as preocupações dos entrevistados a respeito da forma como a Educação em Saúde é tratada nos treinamentos. A ausência de enfoque centrado na metodologia das ações de educação em saúde é destacada por alguns entrevistados como uma das maiores deficiências da capacitação no PMF:

> "Como é que você vai trabalhar educação em saúde, se você não tem visão do que precisa ser trabalhado, não tem os pontos claros que precisam ser trabalhados. Os instrumentos para fazer esse trabalho, eles não existem. A gente precisa [...] Eu me sinto, me sentia assim [...] Por muitos anos eu precisava sabia que tava trabalhando educação em saúde, mas não sabia de que forma trabalhar, de que forma pedagógica, de que forma tá

> montando o grupo, se era assim, ou se era assado. A gente nunca teve isso, nunca" (E-16 em 08/11/2005).

Alguns entrevistados também reforçam a necessidade de que a capacitação contemple mais as realidades com as quais os médicos se defrontam no seu cotidiano profissional:

> "O nosso treinamento, principalmente nos últimos anos pra cá, me dá vontade de rir. Porque vai o especialista do especialista falar sobre pé diabético, insuficiência cardíaca congestiva. Nós tivemos cinco treinamentos. Eu não vou atender insuficiência cardíaca congestiva nunca, né. E não existe o *link* do que é o meu papel enquanto médico de família nessa historia. Eu sou obrigada a ir né, pra aprender coisas que eu [...] Não que eu não tenha que saber, o que se prolonga a partir da minha atuação entendeu. Mas isso não garante, não marca o que é o meu papel, não valoriza o meu papel. O tempo todo você está vendo coisas que estão acontecendo lá fora e que você tá parada aqui no tempo" (E-21 em 24/11/2005).

Na prática, poucos acreditam que a capacitação oferecida pelo Programa é suficiente para as ações de Educação em Saúde, permanecendo a **visão tecnicista:**

> "Não, o que eles fazem dá suficiente pra você desenvolver [...] acho que pode investir mais. Eu acho que mais educação técnica [...] eu falo técnica de metodologia, essas coisas" (E-25 em 22/03/2006).

> "Claro, não sei se um curso né, por que [...], mas acho assim, o conteúdo relativamente disponível, vamos dizer

> assim, posso pegar um livro, estudar, mas a forma de desenvolver isso, né, é um investimento maior, né, isso tem sido feito, né, de certa forma, né, tem sido sugerido, nas discussões sempre aparece uma sugestão ou outra, né, eu fico preocupado por ter uma experiência em docência anterior e tenho um pouco de dificuldade, se eu não me policiar eu transformo um grupo de trabalho numa aula, né, isso é um vício, então tenho que, na verdade, dar mais ênfase à metodologia, né, que me impeça de fazer isso, por exemplo, com jogos, com atividades manuais, né, até audiovisuais, por exemplo. Eu tenho evitado transparência, porque tenho muitas transparências, muitos slides, mas isso eu não tenho usado, porque fatalmente, né [...]" (E-06 em 29/06/2005).

O desejo de que haja investimento na capacitação em Educação em Saúde aparece de formas variadas, com sugestões por parte da maioria dos entrevistados, destacando-se alguns comentários sobre a **capacitação pedagógica:**

> "Eu não queria, pra começar, um módulo que discutisse pedagogia. Eu não queria isso. Eu fiz o Curso de Especialização de Médico de Família do Ministério da Saúde. O primeiro módulo foi educação e saúde. Vieram umas enfermeiras, dez, que trabalharam com a gente. A turma adorou o processo e aí a gente tinha tirado os outros temas para serem discutidos dentro daquela pedagogia. Imagina, nem passou por perto e aí foi a grande queixa, entendeu. Não adianta ter um módulo que vai discutir teoricamente a pedagogia. Acho que você tem que tá a cada tema, você tem que tá praticando, foi isso

> que me fez incorporar o pouco do que tenho incorporado, entendeu. Foi aplicado e vai fazer um grupo de mulheres, vai fazer um planejamento da prefeitura, vai fazer um grupo lá que vai discutir, sei lá, medicamento caseiro lá no projeto, não vai discutir qualquer coisa. Qualquer coisa que fosse fazer a gente pensava em usar a Pedagogia [...]“ (E-08 em 19/09/2005).

> “Eu acho que tinha que haver a pedagogia de como fazer, a gente sente muita falta no início, e você faz do teu jeito, você vai levando, vai aprendendo, aquilo que eu te falei, vai aprendendo na porrada. Mas se te instrumentalizasse, acho que o trabalho seria muito melhor, muito melhor, porque tem muita coisa pra aprender, eu falo que eu quero fazer pedagogia hoje” (E-10 em 31/10/2005).

Parte dos entrevistados lembrou que a realização de grupos educativos é parte da proposta metodológica do PMF e, por isso mesmo, merecia maior investimento.

> “[...] Os supervisores precisam ser capacitados. Porque quando se pensa no programa, quando se fala em educação em saúde no programa, só se tem a visão de grupo. Só é valida a educação em saúde se for feita através de grupos. Eu discordo dessa posição. Agora, esses grupos têm que ser repensados. A forma disso acontecer, parece que vai ser revisto” (E-24 em 02/03/2006).

Nas entrevistas, surgiu a proposta de **construção** da concepção de educação em saúde no coletivo, com a participação dos profissionais direcionados para esse fim, destacando-se a falta de preparo para essas ações:

> "Eu acho que, ao invés de a gente construir a metodologia, o que é o grupo [...] é tentar homogeneizar o que a gente entende por educação em saúde, perguntar às pessoas, criar conceitos, entendeu, o que é o médico de família, o que é educação em saúde, o que significa grupo, porque nem todo mundo acha que grupo serve, nem todo mundo acha que sala de espera serve, então, pó, vamos debater, vamos discutir a metodologia, está correto, a gente está chegando ou não? Trazer a associação de moradores pra isso, pra discutir também, porque às vezes a gente se pega com o choque, mesmo porque a gente tem uma idéia de trabalho, de atuação, e eles tem outra e às vezes fica só no atrito pessoal e não aprofunda, não reflete sobre isso e talvez milhares de outras coisas que a gente pode lançar mão" (E-07 em 29/06/2005).

Destaque foi dado por um dos entrevistados à promessa do PMF, através do Núcleo de Educação Permanente (NEP), de investimentos na capacitação em Educação em Saúde:

> "No último treinamento, falou que já estava programado, pro ano que vem, pegar assim alguns encontros e fazer, porque você não tem um parâmetro, como é que eu faço, como é, porque experiência a gente tem um monte, a gente tem muita coisa pra botar no papel, mas não sabe como fazer isso falta direcionar, orientar a gente pra isso" (E-13 em 08/11/2005).

Também o incentivo para a realização de cursos externos foi apontado como facilitador para a capacitação dessas ações:

> "Tem cursos que a gente poderia tá fazendo não só dentro do treinamento da atualização profissional dentro do PMF, tem outros cursos que a gente poderia ter acesso [...]" (E-03 em 09/05/2005).

> "Tem vários trabalhos hoje em dia, tem vários livros saindo sobre isso educação em saúde, metodologia, e a gente podia ter acesso melhor a isso, de cursos de capacitação disso tudo, acho que nesse caso é fundamental" (E-23 em 30/11/2005).

3.5.- A Educação em Saúde como investimento para mudança.

Segundo alguns dos entrevistados, o investimento do PMF em Educação em Saúde possibilita uma maior inserção dos sujeitos que participam de ações educativas na sociedade, contribuindo para uma maior reflexão crítica sobre o processo saúde-doença e seus **direitos sociais**, entre eles o direito à saúde.

> "Eu acho que é um trabalho mesmo de formiguinha, esse trabalho de educação em saúde. Mas eu acho que a gente vê as pessoas mais conscientes, quando você trabalha essa questão de educação em saúde. Você vê as pessoas mais questionadoras. Você vê as pessoas com uma postura menos passiva diante das coisas entendeu? Quando você faz educação em saúde, as pessoas questionam mais. Mas não é aquele questionamento infundado, nem é uma queixinha. É realmente um

> questionamento dentro daquilo, entendeu. E uma coisa que faz com que você cresça como profissional, e a pessoa também, mais individuo dentro daquela sociedade" (E-02 em 09/05/2005).
>
> "É, a gente vê isso, quando a gente recebe aí as estatísticas, só que Niterói tinha um titulo de cidade, não sei, de segunda não sei quê do Brasil com qualidade de vida. Só que essas populações que nós estamos trabalhando nos Médicos de Família, elas eram aquém, elas não estavam incluídas nesse grupo. Elas não estavam contadas. Então hoje o que está acontecendo? A gente está diagnosticando essas pessoas, então, com certeza, isso vai ter um impacto muito grande mais lá na frente" (E-04 em 20/05/2005).
>
> [...] "Você vê algumas mudanças, pequenos frutos e tal. O processo tem feito isso, não tem dúvida. Quando eu olho aqui a nossa proporção de hipertensos que são controlados, a gente dá de dez a zero nos Estados Unidos, que não tem um processo desses" (E-08 em 19/09/2005).

Identificamos em algumas falas que o **trabalho com grupos** é considerado uma das estratégias de investimento nas ações de Educação em Saúde, provocadora de impactos no futuro. Aspectos como "empoderamento[25]" e "autonomia" das mulheres, por exemplo, são destacadas nas falas abaixo:

[25] Vasconcelos (2001) define empoderamento como "o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social" (2001: 5).

> “Eu já vejo isso: Tem uma diferença nítida entre a gestante que faz o grupo e aquela que não faz. A diferença é muito grande. Você vê mais segurança naquela que freqüenta o grupo. Elas sabem lidar melhor com as situações do que aquelas que nunca vieram, elas podem ter três, quatro filhos” (E-11 em 31/10/2005).

> “Você pode usar como exemplo o grupo de saúde mental. As mulheres deprimidas ficam em casa sozinhas. A gente criou um grupo de terapia ocupacional aqui. Até minha mãe participa. E a gente já vê o resultado. Elas falam: “em vez de eu ficar sentada, agora faço meu bichinho, meu bonequinho, vendo“. Consegue renda. Mulheres que não têm renda conseguem ter renda. Isso muda a saúde da pessoa, sim, claro [...] O grupo de mulheres é outro exemplo, onde você faz planejamento familiar você vê os efeitos, quando você faz o pré-natal, a criança nasce, cresce com saúde, sem nenhuma intercorrência, sem nenhum problema. Isso é um exemplo. É um fruto que a gente está colhendo por causa da educação em saúde que a gente faz. E essa educação em saúde normalmente ocorre no momento da consulta de pré-natal. Primeira coisa é ganhar confiança. Ganhou a confiança da gestante acabou. Você tem tudo” (E-05 em 29/06/2005).

O reconhecimento dos **direitos de cidadania** foi lembrado como sendo um dos impactos propiciados pelas ações de Educação em Saúde.

> “[...] Eu costumo brincar que eu tenho uma paciente com dez filhos, que na última consulta, virou para mim: “Eu tenho que fazer um ultra-som, eu tenho que saber o sexo.

> Todo mundo não sabe? Eu não sou diferente de ninguém". Nas gravidezes anteriores, nem ia a médico, não fazia pré-natal. Eu acho que isso é muito legal de você estar mostrando. Outra coisa de você estar ensinando que eles têm que ser bem recebidos em qualquer lugar. Eles sabem que não é o médico de família que é diferente. Hoje eles já vêm e reclamam: "Doutora, eu fui pra lá e fui mal atendido. Vou fazer uma queixa, a senhora me ajuda a escrever? Hoje, eles têm esse direito. Eles sabem. Eles estão regatando isso". (E-10 em 31/10/2005)

> [...] "A educação em saúde tinha que transcender mesmo. Eu colocava o quanto as informações em saúde que não têm que ser propriedade do profissional de saúde. Tem uma gama de informações que é direito do cidadão. É do cidadão. Entender como acontece a cárie, como se prevenir da cárie, como dar de mamar. Eu tô dizendo que os livros de ciência dos meus filhos têm, às vezes, o nome da bactéria entendeu? Umas coisas que não vão lhes servir pra nada e não tem coisas pro cidadão usar entendeu? Mas e entra essa parceria das outras instituições que também não é só serviço de saúde, função do serviço de saúde trabalhar com a educação em saúde. Esse é um processo até que por muitas vezes a gente acaba trabalhando contra uma corrente. E aí, minha filha, nadar contra a correnteza [...] Haja fôlego, haja suor e você às vezes vai vendo um frutinho aqui e outro ali" (E-08 em 19/09/2005).

Este conjunto de falas demonstra que as ações de Educação em Saúde são vistas como importante mecanismo de mudanças das condições de saúde da

população, exatamente por permitir o acesso dos usuários a informações sobre o processo saúde-doença e seus direitos de cidadania. É consensual a avaliação dos entrevistados de que as ações de educação em saúde, com todas as limitações já apontadas, provocam impactos positivos, mesmo que de pequeno alcance. No entanto, ressaltam que o Programa ainda carece de metodologia capaz de avaliar e mesmo dar visibilidade a essa ação tão importante ao modelo assistencial do PMF.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Buscamos nesse trabalho identificar as concepções de **Educação em Saúde** que orientam a prática profissional dos médicos que atuam no Programa Médico de Família de Niterói. Entendemos que os diversos sujeitos sociais responsáveis pela implementação de um dado programa social criam e recriam sua ação profissional, conforme as concepções e sentidos por eles atribuídos a essa ação, o que torna relevante conhecer as concepções que permeiam a prática de educação em saúde no PMF.

Vimos que, historicamente, a Educação em Saúde apresenta vários sentidos e conceitos, conforme a conjuntura política e o modelo de atenção à saúde construído em cada época, o que contribui para mudanças e / ou manutenção e inércia das formas de atuação dos profissionais de saúde. Buscamos, através da história, discutir as diversas formas assumidas pela Política de Saúde no Brasil, o que possibilitou entendermos as várias concepções ainda hoje arraigadas em nosso meio.

A partir da vertente histórica da saúde, abordamos a implantação e implementação da política de saúde no município de Niterói. Acompanhamos o nascimento de propostas inovadoras, como o Projeto Niterói e o Programa Médico de Família, sendo este último um projeto que faz do município referência nacional na construção de um novo modelo de atenção primária à saúde.

Analisamos, também, a proposta metodológica do PMF, principalmente no que se refere à Educação em Saúde, observando que as orientações para os grupos educativos são definidas e baseadas nos grupos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde. Discutimos, a seguir, a responsabilidade na aplicação da capacitação em serviço para os profissionais médicos quando se referem às práticas educativas.

Com base nestas referências, analisamos o conteúdo das entrevistas realizadas com vinte e cinco médicos, oriundos dos cinco grupos de trabalho das diferentes áreas adscritas do município de Niterói, onde estão implantados os módulos do PMF.

Para os médicos do PMF entrevistados, a Educação em Saúde se apresenta sob várias concepções, que vão da perspectiva higienista até a dialética. Mas, pela análise dos diferentes discursos desses profissionais, verificamos que tal diversidade de concepções não torna o profissional um descrente nas possibilidades de proporcionar mudanças na vida da população que são oferecidas pela Educação em Saúde, quando trabalhada através das ações consideradas educativas.

Em verdade, pudemos observar que as falas dos entrevistados revelam concepções por vezes contraditórias que mesclam abordagens bastante próximas ao modelo higienista com perspectivas de valorização do saber popular.

Ouvimos, através da pesquisa, vários questionamentos, entre os quais destacamos a percepção de que o Programa necessita pensar uma diretriz para a discussão dos modelos pedagógicos. Essa tomada de posição é fundamental para que, assim, esses profissionais tenham a possibilidade, através do conhecimento, de se identificar e optar pelo modelo pedagógico de que irão lançar mão nas ações planejadas.

Identificamos, talvez devido à falta de um embasamento pedagógico na formação profissional desenvolvida no âmbito do programa, a existência da insegurança em alguns profissionais quando relatam a falta de conhecimento para desenvolver grupos educativos. Mas verificamos que, ao mesmo tempo, os profissionais entrevistados demonstram segurança em realizar ações de Educação em Saúde no acesso à casa dos usuários para realização de visitas

domiciliares e / ou atendimento no domicilio, nas salas de espera e até mesmo no consultório no contato individual da consulta.

A grande maioria dos entrevistados considera que esse modelo proposto pelo PMF facilita a relação com a população de baixo poder aquisitivo, quando através das reuniões de setores, a Educação e Saúde saem do cunho individual e partem para o coletivo, levando os indivíduos a refletirem acerca da possibilidade de mudanças do espaço ambiental em que vivem.

Também nos foi possível, através da Análise de conteúdo, identificar as categorias de análise desse estudo, no qual focalizamos a Educação em Saúde, discutindo os Modelos Pedagógicos e a Capacitação Permanente.

Finalmente, alcançamos o objetivo geral proposto em nosso projeto de pesquisa, ao analisarmos as concepções dos profissionais médicos inseridos no Programa Médico de Família de Niterói. Nossos objetivos específicos eram: caracterizar o perfil do profissional médico e relacionar as metas e rotinas propostas no curso introdutório para o pessoal do Programa às práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais.

Pudemos, ao longo dessa pesquisa, perceber que todos os profissionais ressaltam a importância da educação em saúde como estratégia central do modelo assistencial proposto pelo PMF.

No entanto sua conceituação de educação em saúde é, em geral, bastante difusa. Também se observa uma grande variedade de sentidos atribuídos às ações de educação em saúde, que, como dito anteriormente, são muitas vezes marcadas pela tradicional visão higienista, que tende a se valer do conhecimento técnico e da chamada “educação bancária”, que valoriza o conhecimento do profissional, em detrimento do saber que pertence ao grupo social alvo do programa. Destacamos, no entanto, que uma pequena parcela dos entrevistados

valoriza as ações de educação em saúde como um processo de construção, que articula o saber técnico às experiências concretas dos usuários, o que corresponde, em ultima instância, à própria metodologia proposta pelo PMF.

As diversas concepções partilhadas pelos profissionais pesquisados demonstram a lacuna na formação dos profissionais médicos para a intervenção, sendo de se notar que nem mesmo as mudanças recentes na formação médica parecem ter refletido a importância da capacitação para a prática da Educação em Saúde.

Nesse sentido, ressaltamos que a capacitação promovida pelo PMF “seja no âmbito do treinamento introdutório, seja na capacitação permanente” não tem sido suficiente para qualificar os profissionais para as ações de educação em saúde no PMF. Isso porque a questão metodológica é a mais frágil nessa capacitação, e, portanto, precisa ser revista pelo PMF.

Por fim cabe destacar a percepção dos médicos de que as ações de educação em saúde têm pouca visibilidade dentro do PMF, o que acaba por contribuir, na prática, para secundarização destas atividades no programa.

Considerando todos os aspectos levantados em nossa pesquisa, como profissional do PMF, sugerimos um maior aprofundamento do trabalho de capacitação permanente, com a construção dos modelos pedagógicos de Educação em Saúde adequados às especificidades do programa e dos profissionais envolvidos na implementação do mesmo.

5 Referências Bibliográficas

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Rio de Janeiro, set 2004 / fev 2005. 39-52 p. v. 9, n.16. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 12/03/2006.

_____. Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família. Salvador, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

AMMANN, Safira Bezerra. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. São Paulo: Cortez, 1980. 176 p.

AROUCA, A.S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade; FONSECA, C. Desafio da Reforma Sanitária: Consolidação de Uma Estrutura Permanente de Serviços de Saúde. In: RAMOS, Célia Leitão et al. (org.). Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Petrópolis: Vozes, 1988. 9 p.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 1990.

_____. Decreto Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 1990.

_____. BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/96. Publicada no Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, em 6 de novembro de 1996.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, jan-mar 1996. 7-30 p. v. 12 (Supl. 1). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 12/02/2006.

BURKE, Peter. Unidade e variedade na história cultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. São Paulo, 1988. 347-65 p. v. 22 (Supl. 4). Disponível em < http://www.usp.br/pdf > Acessado em 07/09/2005.

CAPISTRANO FILHO, David. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. São Paulo, 1999. 89-100 p. (Estudos Avançados 35).

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; JUNIOR, L. CORDONI. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; JUNIOR, Luiz Cordoni (organizadores). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001. 268 p. cap. 2, p. 27-60.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle Social em Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; JUNIOR, Luiz Cordoni (organizadores). Base da Saúde Coletiva. Londrina. UEL, 2001. 268 p. cap. 4, p 93-110.

CARVALHO, José Murilo. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes T.; CAMPOS, Carlos Eduardo A. O sistema de saúde brasileiro. Material Didático apresentado em Aula. Rio de Janeiro, 2001. 1-35 p. (mimeo).

COHEN, M.M. O Modelo Assistencial no SUS Niterói: Conflito e Pactuação Política no Processo de Integração do Programa Médico de Família. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação [Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

COHEN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: _____. Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços. São Paulo: CORTEZ, 1996. 55 p. cap. 1. p. 11-56.

CORNÉLIO, Renata Reis. A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ. Rio de Janeiro, 1999. 131 f. Tese [Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

COSTA, Nilson Rosário. Estado, Educação e Saúde: A higiene da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Cortez, 1984. (Caderno do CEDES).

COSTA, Nilson Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 128 p.

FALEIROS, Vicente de Paula. Política Social do Estado Capitalista. 8 ed. Rio de Janeiro: CORTEZ, 2000.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. v. 21.

GINZBURG, Carlo. O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição. São Paulo, 1987. (Tradução Betania Amoroso).

L'ABBATE, Solange. Educação em Saúde: uma nova abordagem. Rio de Janeiro, 1994. 481-490 p. v. 10 (Supl. 4). Disponível em http://www.scielo.br/pdf Acessado em 15/06/2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, D. L.; MACHADO C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Rio de Janeiro, 2001. 98-120 p. v. 6 (Supl. 2). (Revista Ciência & Saúde Coletiva). Disponível em < http://www.usp.br/pdf > Acessado em 07/09/2005.

MATTOS, Rubem Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. (org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p 39-64.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso. Educação sanitária: Uma visão crítica. Rio de Janeiro: CORTEZ, 1984. 28 p. (Caderno do CEDES).

MENDES, Eugenio Vilaça. Uma Agenda para a Saúde. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 300 p.

MILITÃO, A.; MILITÃO, R. Jogos Dinâmicas e Vivências Grupais. Ed Quality Mark. 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1992. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: MS, 1997.

PAIM, J.S. Saúde, Crises e Reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA. 1986.

PEREIRA, Gilza Sandu. O Profissional de Saúde e a Educação em Saúde: Representações de uma Prática. Rio de Janeiro, dez, 1993. Dissertação [Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, dez, 1993.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN). Perfil de uma cidade - Niterói. Secretaria de Ciência e Tecnologia, Niterói, 1999.

PROGRAMA, Médico de Família. FMS. Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva. Niterói: LIDADOR, 1997.

_____. Supervisão de Serviço Social: Metas e Rotinas de Atividades. Educação em Saúde: trabalhando com grupos. In: Curso Introdutório para o pessoal do Programa Médico de Família. Elaborado por equipe do Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro - PCSF - Adaptado, revisado e atualizado pela equipe técnica do Programa Médico de Família de Niterói, 2002.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1987.

SANTOS, Christiane Nunes. Sexualidade na Adolescência: analisando práticas de educação em saúde em unidades do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação [Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SENNA, Mônica C.M.; COHEN, Mirian M. Modelo Assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Rio de Janeiro, 2002. 523-535 p. v. 7 (Supl. 3). Disponível no site < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 26/09/2005.

SENNA, Mônica Castro Maia. Municipalização e Controle Social: O Programa Médico de Família em Niterói. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

SILVA JR, Aluísio Gomes da. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143 p.

SMEKE, Elizabeth L. M; OLIVEIRA, Nayara L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org). A Saúde nas Palavras e nos Gestos; Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. 285 p. cap 5. p. 115-136.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoque sobre educação e saúde. In: _____. (org). Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 276 p. cap I. p. 15-26.

TATAGIBA, Maria Carmen; FILÁRTICA, Virgínia. Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista de dinâmicas de grupo. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. 158 p.

VALLA, Victor Vicente. Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. Rio de Janeiro, jan-mar 1992. 30-40 p. v. 8 (Supl 1). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 31/07/2005.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. In: Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania. 2001. Ano XXII; 65:5-53.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mário R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, 1998. 11-48 p. v. 8 (Supl 2). Disponível em < http://www.uff.br/pdf> Acessado em 20/02/2005.

VIEIRA, Evaldo. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel. 4 ed. São Paulo: CORTEZ, 1995.

http://www.bireme.br

http://www.ensp.br

http://www.febrap.org.br/psicodrama/pquee.asp > Acessado em 29/10/2006.

http://www.fiocruz.br

http://www.ibge.gov.br

http:///www.ims.uerj.br

http://www.interface.br

http://www.lilacs.br

http://www.niteroi.rj.gov.br

http://www.redeambiente.org.br/dicionario.asp?letra=D&id_word=262 > Acessado em 29/10/2006.

Site do Ministério da Saúde< http://www.saude.gov.br >.

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php > Acessado em 29/10/2006.

http://www.scielo.com.br

http://www.uerj.br

http://www.uff.br

6 Obras Consultadas

ABREU, Estela dos Santos; TEIXEIRA, José Carlos Abreu. Apresentação de trabalhos monográficos de conclusão de curso. 8 ed. Revisada. Niterói: EDUFF, 2005. 90 p.

ACIOLI, Sonia. Participação Social na Saúde: Revisando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo. Construção Social da Demanda (org.). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 304 p. parte III. p. 293.

AGUIAR, Dayse Santos de A. A saúde da família no sistema único de saúde: um novo paradigma. Rio de Janeiro, 1988. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de janeiro, 1998.

ALMEIDA, A. A. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. Estudos Avançados: Dossiê de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1999. 117-24 p. v. 13, n. 35. Disponível em < http://www.usp.br/pdf > Acessado em 14/06/2005.

AMORIM, M. O Pesquisador e seu outro: Bakhtin nas Ciências Humanas. São Paulo, 2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Rio de Janeiro, 2001. 63-72 p. v. 6 (supl. 1).

BONET, Octávio. Educação em Saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. 320 p. parte IV. 279-292.

BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996. 13-28 e 35-52 p.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 176 p. p. 15-38.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Rio de Janeiro, 2000. 163.167 p. v. 5. (Supl 1).

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; CAVANCANTI, Maria de Lourdes Tavares. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da

Saúde da Família. Material Didático apresentado em Aula. Rio de Janeiro, 2001. 1-35 p. (mimeo)

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. Rio de Janeiro, 2002. v.11. n.1. Acessado file://A:\Artigos%20da%20Revista.htm em 20/02/2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Porto Alegre, set/ 2004 fev/ 2005. 161-68 p. v 8. n. 16. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 25/04/2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Porto Alegre, 2005. 161-77 p. v. 9. n. 16. Disponível em < http://www.scielo.br > Acessado em 25/04/2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

COELHO, Ildeu Moreira. A questão política do trabalho pedagógico. In: BRANDÃO, Carlos R. et al. O educador vida e morte. Rio de Janeiro: Ed. GRAAL, 1982. 137 p. p. 29-50.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. Rio de Janeiro, 2001. 319-328 p. v. 6 (supl.2). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 12/08/2004.

CZERESNIA, Dina. O conceito de Saúde e a diferente entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 176 p. p. 39-54.

FERNANDES, Ana Elizabete Simões da Mota. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: CORTEZ, 1995.

FILHO, Cláudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: ÁTICA, 2004.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 28 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações e experiências da doença. Rio de Janeiro, jan - fev 2005. 200-206 p. v. 21 (Supl 1). Disponível em < http://www.enf.ufmg.br/pdf > Acessado em 01/05/2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergia e singularidades do contexto brasileiro. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, jun 2006. 1171-1181 p. v. 22 (Supl 6). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 26/09/2006.

HUBNER, Moreira, L. C. A Estratégia do Programa de Saúde da Família na busca de um modelo assistencial à Saúde que contemple os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, 1998 (mimeo).

L'ABBATE, Solange. Educação e serviço de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999. 15-27 p. v. 15 (Supl. 2). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 13/04/2005

LIMA, Ana Luce G.S.; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. set-dez, 2003. 1037-51 e 1045-1048 p. v 10 (Supl. 3). Disponível em < http://www.fiocruz.br/pdf > Acessado em 25/09/2005.

LOPES, Rosane Carvalho. O programa de controle de tuberculose no município de Duque de Caxias - RJ e a Educação em Saúde: uma perspectiva de promoção da saúde ou prevenção de doença?. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação [Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MAGALHÃES, Rosana. Enfrentamento a pobreza, reconstruindo vínculos sociais: as lições da ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. Artigo. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002. 121-137 p. v 18 (supl). Disponível em < http://www.ensp.br/pdf > acessado em: 20/10/2006.

MARÇOLLA, Bernardo Andrade. Olhar múltiplo percorre a linha do tempo: higienismo e eugenismo no Brasil. Revista História, Ciências, Saúde. Manguinhos. Rio de Janeiro, mai-ago 2005. 555-6 p. v 12. n. 2. Disponível em <http://www.ensp.br > Acessado em 25/09/2006.

MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ: estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família. Rio de Janeiro, 2003. 181 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, set, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo. Construção da Integralidade: integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. 228p. 45-59 p.

MENDES, Eugenio Vilaça. O sistema único de saúde: um processo social em construção. Texto de Apoio / Unidade 1. Disponível em < www.cadrhu/html > Acessado em 26/09/2006.

_____. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994. 311p.

_____. Entrevista realizada em 20 de agosto de 2005, proferindo a conferência de abertura A APS e o SUS, no VIII Encontro de Atualização em APS promovido pelo NATES / UFJF. Disponível em <www.cadrhu/html> Acessado em 25/09/2006.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Revista Interface.Rio de Janeiro, set -2004, fev - 2005. 151-77 p. v 3, n. 15. Disponível em <http://www.scielo.br> Acessado em 25/04/2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, Nilson do Rosário et al. Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Petrópolis: ABRASCO, 1989. 184 p. v. II. 75-102 p.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade (org). 21 ed. Petrópolis: VOZES, 2002. 80 p.

_____. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 174 p. cap. IV. p. 57-72.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília - DF, 1999.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Rio de Janeiro, 2002. 509-521 p. v. 7 (Supl. 3). Disponível em < http://www.scielo.br > Acessado em 10/08/2003.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Rio de Janeiro, ago, 2003. 109-118 p. v 7 (Supl 13). Disponível em <http://www.scielo.br> Acessado em 08/09/2004.

MOURA, Escolástica R. F; SOUZA, Rosiléa Alves de. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov-dez 2002. 1809-1811 p. v. 18 (Supl. 6). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 19/06/2004.

MOUZINHO, Gláucia M. P. Programa Médico de Família: um olhar sobre mediadores em uma política pública de saúde. Rio de Janeiro, S / D (mimeo).

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito a saúde: um convite a reflexão. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, mai-jul 2004. 753-760 p. v 20 (Supl. 3). Disponível em < http://www.ufsc.br > Acessado em 15/06/2004.

PEREIRA, Adriana L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, set-out 2003. 1527-1534 p. v. 19 (Supl. 5). Disponível em < http://www.ensp.br/pdf > Acessado em 13/03/2004.

POLIS-ILDESFES. Idéias para a ação municipal. Desenvolvimento Social. Artigo. FERREIRA, Anna Luiza Salles Souto; VAZ, José Carlos. Rio de Janeiro, 1997. n. 96. Disponível em < http:///www.polis.org.br > Acessado em 25/09/2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN), Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família. Niterói: Secretaria de Ciência e Tecnologia. Disponível em http://www.niteroi.rj.gov.br

PRIMEIRA Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: Carta de Ottawa. p. 1-4. Promoção da Saúde. OTTAWA, 1986. Disponível em <http://www.saúde.gov.br> Acessado em 12/03/2005.

RAMOS, Célia L.; MELO, Joaquim A. C.; SOARES, Jussara C. R. S. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, Nilson do Rosário. Demandas Populares, políticas Públicas e Saúde. Petrópolis: Abrasco, 1989. 184 p. v. II. p. 145-164.

REIS, Claudia da Costa Leite. A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro, 2001. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, set, 2001.

RIOS, José Arthur. A educação dos grupos. Rio de Janeiro, 1962. (MS - Revista pelo autor).

ROSSO, Claci F. W.; COLLET, Neusa. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior Paranaense. Goiânia, 1999. v 1 n. 1. Disponível em <http://www.educacao.htm> Acessado em 17/03/2005.

SCHAEDLER, Lucia Inês. Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica. Porto Alegre, 1999.

SCHALL, V. T; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Rio de Janeiro, 1998. 59-68 p. v 14 (Supl. 2). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf> Acessado em 12/05/2004.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos, MARINO, Selma Regina Andrade, RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005

SENNA, Mônica C.M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2002, 203-211 p. v. 18 (Supl.). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf > Acessado em 25/09/2005.

SILVA, Jacqueline Oliveira. Educação e Saúde: Palavras e Atos. Porto Alegre: DACASA, 2001. 86 p.

SOUZA, Maria Luiza de. Desenvolvimento de comunidade e participação. 4 ed. São Paulo: CORTEZ, 1993. 232 p.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO-MS, 2002. 726 p.

TANAKA, Oswaldo Y. Avaliação de programas de saúde do adolescente: Um modo de fazer. São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento como Estratégia de Promoção da Saúde no Campo do Envelhecimento. Rio de Janeiro, 2002.

TERRA, Valéria; MALIK, Ana Maria (orgs). Programa Médico de Família de Niterói. In: _____. 20 Experiências de gestão pública e cidadania. Programa Gestão Pública e Cidadania. Rio de Janeiro, 1997. 176 p.

_____. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. São Paulo: LOYOLA, 1998. 151-180 p.

VALLA, Victor Vicent. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos. In: _____ (organizadores). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 276 p. cap. IV. p. 91-104.

VALLA, Victor Vicent. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Rio de Janeiro, 1999. 7-14 p. v. 15 (Supl.2). Disponível em <http://www.scielo.br> Acessado em 20/03/2004.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998. 7-18 p. v. 14 (Supl.2). Disponível em <http://www.scielo.br> Acessado em 20/03/2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (org). A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001, 284p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão et al. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. 337 f.

UNICAMP-FUNCAMP. Projeto: O processo de construção das políticas públicas integradas a partir do trabalho em rede. Disponível em < http://www.unicamp.br > Acessado em 25/09/2006.

APÊNDICE

7.1 Apêndice A - Roteiro de Entrevista

Bloco I - Identificação do entrevistado: Idade: Sexo: GBT: Módulo: Cargo / Função: Tempo de Formado (a): 1) Há quanto tempo trabalha no PMF? 2) Escola de formação? 3) Experiência profissional anterior ao PMF? 4) O que o (a) levou a trabalhar no PMF?
Bloco II - Concepções de Educação em Saúde 1) O que você entende por Educação em Saúde? 2) Na sua opinião quais as atividades que caracterizam a Educação em Saúde? 3) Em que espaços as atividades de Educação em Saúde podem ser desenvolvidas? 4) Quais as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas em seu setor? (consultório, reunião de setor, ou sob sua supervisão).
Bloco III - Educação em Saúde e o PMF. 1) Existe alguma orientação do PMF para desenvolvimento das ações de Educação em Saúde? Quais? 2) Você planeja as atividades de Educação em Saúde que desenvolve? Com base em quê? (pensar indicadores de saúde, relatórios anuais, regras do PMF, discussão com usuários etc). 3) A atenção integral proposta pelo PMF, alterou de alguma forma a sua atuação profissional? Como?
Bloco IV - Capacitação 1) Você recebeu algum tipo de capacitação para Educação em Saúde durante a sua formação acadêmica? 2) A quem você recorre quando precisa de orientação para as ações em Educação em Saúde? 3) A educação permanente no PMF contribuiu para as ações de Educação em Saúde? Como? 4) Você vê necessidade de investimentos para capacitação em ações educacionais em saúde? Quais?
Bloco V - Impactos da Educação em Saúde. 1) Investindo na Educação em Saúde você identificará algum impacto no futuro? Dê exemplo?

7.2 Apêndice B - Perfil do Entrevistado

Identificação do Entrevistado					
ENTREV	Idade	Sexo	Tempo de Formado	Tempo de PMF	Escola de Formação
E 01	53	F	27 Anos	1 Mês	Vassouras
E 02	32	F	5 Anos	2 Anos	UFF
E 03	37	F	15 Anos	6 Anos	Volta Redonda
E 04	51	F	26 Anos	2 Anos	Vassouras /UFF
E 05	34	M	6 Anos	2 Anos	UFES
E 06	41	M	13 Anos	2 Meses	UFF
E 07	26	F	6 Meses	5 Meses	UNIRIO
E 08	47	F	24 Anos	8 Anos	USP
E 09	49	F	25 Anos	8 Anos	UFF
E 10	38	F	15 Anos	5 Anos	FS Marques
E 11	49	F	23 Anos	6 Anos	Teresópolis
E 12	40	F	12 Anos	9 Anos	UNIRIO
E 13	37	F	14 Anos	6 Anos	FCM Nova Iguaçu
E 14	57	F	32 Anos	10 Anos	UFF
E 15	29	F	4 Anos e Meio	2 A e 3 meses	UFRJ
E 16	46	M	20 Anos	11 Anos	UERJ
E 17	49	F	25 anos	10 Anos	UFF
E 18	53	F	30 Anos	8 Anos	Vassouras
E 19	51	F	26 Anos	5 Anos	Volta Redonda
E 20	35	F	12 Anos	10 Anos	Teresópolis
E 21	46	F	21 Anos	8 Anos	UFF
E 22	32	M	6 Anos	1 A e 8 Meses	UERJ
E 23	28	M	3 Anos	3 Anos	UERJ
E 24	48	F	17 Anos	10 Anos	Vassouras
E 25	31	F	6 Anos	2 Anos	UFF

7.3 Apêndice C Relação de Implantação de Módulos do PMF, Niterói, 2006.

ANO	MÓDULOS	EQUIPES
1992	Preventório I / Viradouro / Cavalão	10
1993	Preventório II / Ilha Conceição	6
1994	Cascarejo / Cantagalo / Maruí Grande / Engenho Mato I	14
1996	Morro do Céu / Vital Brasil / Cafubá I	8
1997	Preventório I / Ponto Final	2
1999	Morro Palácio e Lara Vilela / Grota I / Grota II / Maravista	13
2000	Marítimos / Souza Soares / Lagoinha / Biboca / Alarico de Souza / Engenho Mato II / Cantagalo II / Charitas / Cafubá II	21
2001	Nova Brasília I / Nova Brasília II / Jonatas Botelho / Leopoldina	12
2004	Cutia / Colônia dos Pescadores	2
2005	Ilha da Conceição	6
2006	Vila Ipiranga / Cafubá III / Ititioca / Atalaia	14
Total de Equipes.....108		

Fonte: FMS / PMF / SDI – 2006.

7.4 Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu.....,

(Nome do Participante)

Aceito participar voluntariamente da pesquisa sobre Educação em Saúde no Programa Médico de Família. O objetivo geral da pesquisa é analisar as concepções dos profissionais médicos inseridos na equipe básica do Programa Médico de Família de Niterói no que tange à Educação em Saúde. De acordo com os esclarecimentos prestados pela pesquisadora, o estudo se inicia no próprio local onde trabalho. Nesta ocasião, serei entrevistado pela pesquisadora onde fornecerei dados sobre Educação em Saúde.

Estou ciente de que tenho total liberdade para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem punição alguma e sem prejuízo a minha atividade profissional e que minha participação no estudo não envolve nenhum gasto, desconforto, ou alteração em minha rotina.

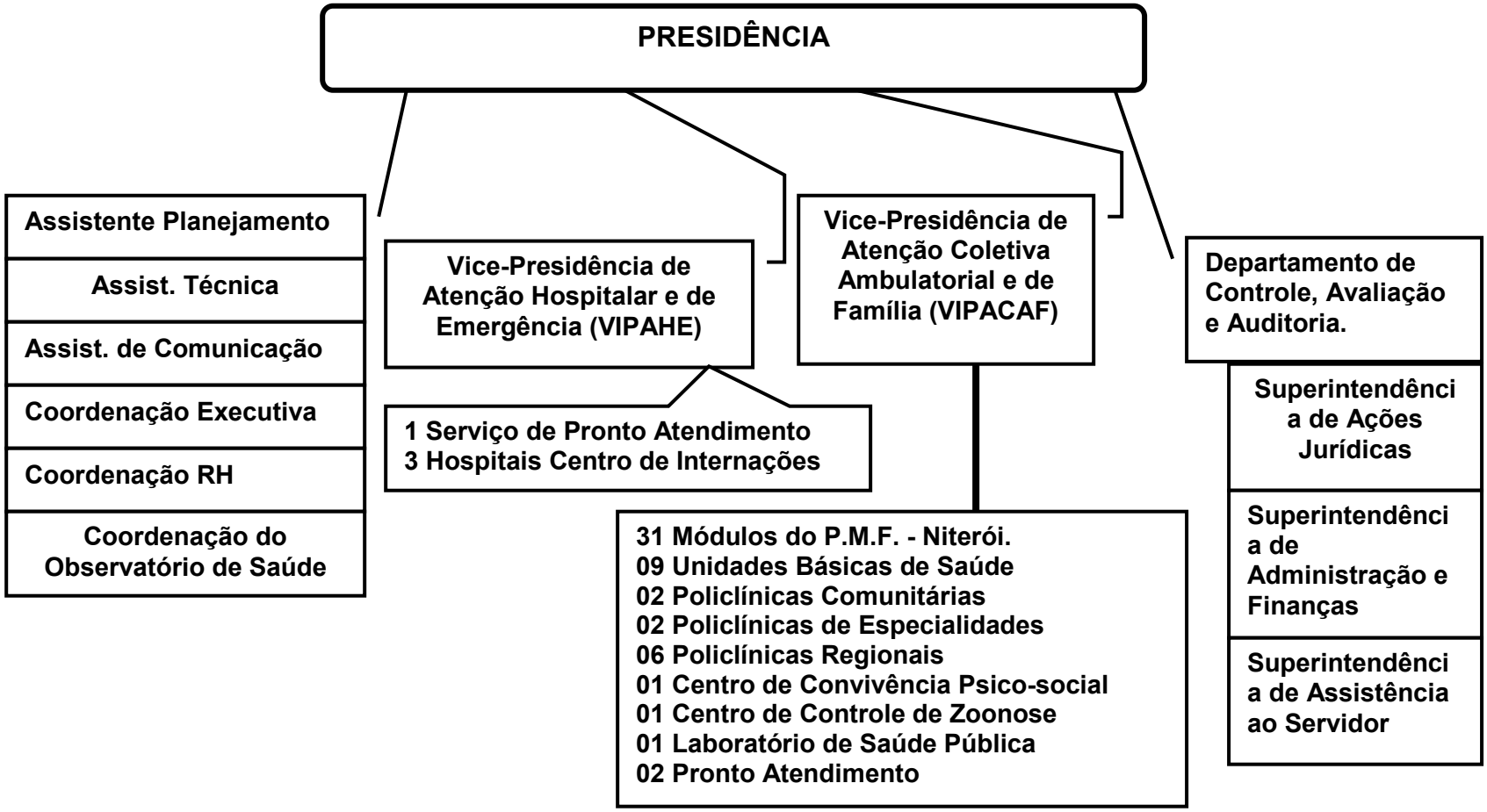
Além disso, estou ciente de que a pesquisa é anônima, de forma a garantir minha privacidade e que meu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Estou a par de que a pesquisadora está à disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre o estudo, caso seja de meu interesse.

..... **.....**

Assinatura da Pesquisadora. Assinatura do Participante.

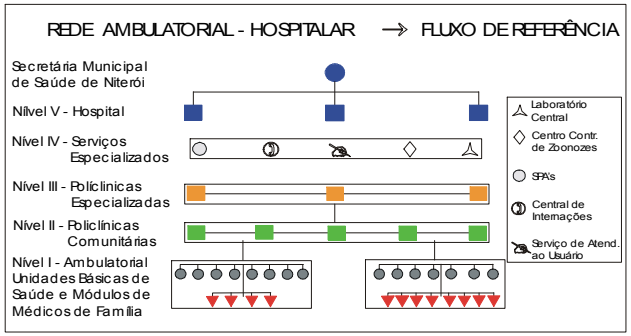
ANEXOS

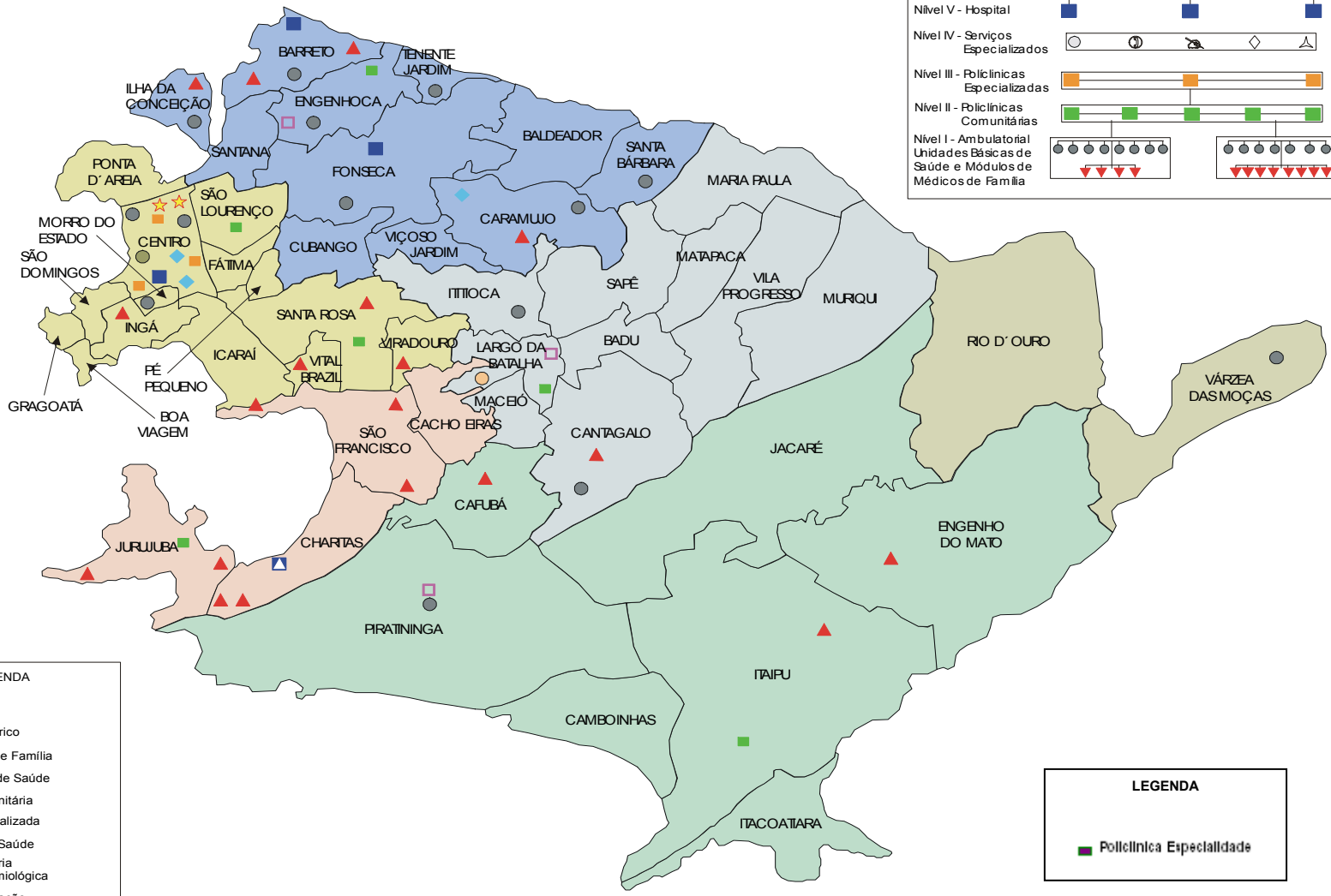
8.1 Anexo 1 Fluxograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2006.



8.2 Anexo 2 Mapa - Rede Física de Saúde do Município de Niterói

REDE FÍSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI





LEGENDA

- Hospital
- Hospital Psiquiátrico
- Módulo Médico de Família
- Unidade Básica de Saúde
- Policlínica Comunitária
- Policínica Especializada
- Observatório de Saúde
- Vigilância Sanitária
- Vigilância Epidemiológica
- Central de Internação
- Serviço de Atendimento ao Usuário
- Casa do Largo (Saúde Mental)
- SPA

LEGENDA

- Policlínica Especialidade

Coordenação de Vigilância em Saúde

8.3. Anexo 3 Protocolo de Atividades em Grupo

FMS – Fundação Municipal de Saúde de Niterói **PMF – Programa Médico de Família de Niterói** **Supervisão de Serviço Social**	
Módulo:	**Setor:**
Atividade:	
Público Alvo:	
Objetivo:	
Tema Desenvolvido:	
Metodologia:	
Instrumentos Utilizados:	
Participantes (Nome, Setor, Domicílio):	
Conclusão / Avaliação: **Equipe Responsável.**	

Fonte: Metas e Rotinas – PMF.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

OFÍCIO

Nº 002/2005

Niterói, 04 de Abril de 2005.

DE: Coordenação de Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense

PARA: Programa Médico de Família de Niterói

ASSUNTO: APRESENTAÇÃO (FAZ)

Através deste, apresentamos Deise Luci Marques, Mat. Nº M.050.204.004, aluna do curso de Mestrado em Política Social, da Universidade Federal Fluminense.

A referida aluna necessita realizar pesquisa com vistas ao recolhimento de material para elaboração de sua dissertação de Mestrado que tem por tema "Educação em Saúde: representações e práticas dos profissionais inseridos no Programa Médico de Família de Niterói", sobre a orientação da Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna.

Agradecemos pela atenção,

Prof. Dr. João Bôsco Hora Góis
Coordenador
Dr. João Bôsco Hora Góis
Prof. Adjunto da ESS/UFF
Matrícula SIAPE 0311151
Matrícula UFF 003111512

PREFEITURA DE Niterói
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Programa Médico de Família

VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA, AMBULATORIAL E DE FAMÍLIA.
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITEROI
Núcleo de Educação Permanente

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Comunicamos que a Assistente Social ***Deise Luci Marques***, Matrícula nºM.050.204.004, aluna do curso de Mestrado em Política Social da Universidade Federal Fluminense, está autorizada a realizar pesquisa nos Módulos do PMF no período de 2005 e 2006, com vistas ao recolhimento de material para elaboração de sua dissertação de Mestrado que tem como tema "Educação em Saúde: representações e práticas dos profissionais inseridos no Programa Médico de Família de Niterói".

Atenciosamente,

Niterói, 26 de dezembro de 2006.

Verônica Alcoforado de Miranda
Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente
Programa Médico de Família de Niterói