

**JOSEANE MARIA ANDRADE MOUZINHO DE OLIVEIRA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE:  
UMA REALIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA?**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação, na Linha de Educação, Saúde e Trabalho. Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Doutora Maria Cecília Marins de Oliveira.

**CURITIBA**

**2008**

## TERMO DE APROVAÇÃO

JOSEANE MARIA ANDRADE MOUZINHO DE OLIVEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE :UMA REALIDADE NAS UNIDADES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA?

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:            Profª. Dra. Maria Cecília Marins de Oliveira  
                                  Universidade Federal do Paraná

Profª. Dra. Viviane Maria Penteado Garbelini  
Centro Universitário Campos de Andrade

Prof. Dr. Luiz Antônio Correa  
Centro Universitário Campos de Andrade

Curitiba, 02 de julho de 2008

**À todos aqueles que se dedicam a Educação em Saúde e acreditam  
como instrumento de fortalecimento da autonomia dos sujeitos,  
para a conquista de uma vida melhor.**

**Aos usuários do Sistema Único de Saúde, que enfrentam  
diariamente as dificuldades impostas, com muita coragem.  
Aos Trabalhadores de Saúde, que apesar dos percalços acreditam  
que podem fazer melhor e com iniciativas individuais fazem a  
diferença para as muitas comunidades desse Brasil, com muita  
determinação.**

**À minha família que sempre foi a razão do meu viver.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a professora Maria Cecília, pela orientação, apoio, incentivos principalmente nos momentos difíceis, quando pensei em desistir.

Ao Francisco, meu esposo, que cooperou em todos os momentos desse trabalho, que me incentivou e colaborou para que fosse possível chegar ao fim, sempre acreditando ser possível.

Aos meus filhos Miguel e Guilherme e as minhas meninas Luísa e Marília, que compreenderam os momentos de ausência.

Aos meus pais Hahilton e Aríete que me ensinaram o respeito as pessoas e o ideal de um mundo melhor.

Aos pessoas da Unidade de Saúde São João Del Rey, que permitiram momentos de ausência para a execução do trabalho.

Aos funcionários e usuários das Unidades de Saúde pesquisadas que permitiram as entrevistas e observações, com contribuições preciosas para o desenvolvimento do trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná, que contribuíram com sugestões.

**“Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”**

**Paulo Freire**

## RESUMO

Esse estudo buscou compreender as atividades educativas, realizadas em Unidades de Saúde da Família, do Distrito Sanitário Bairro Novo, na Cidade de Curitiba, e pretendeu investigar os resultados das atividades na estimulação da autonomia dos sujeitos e na promoção da saúde individual e coletiva. Os objetivos visaram verificar a maneira pela qual acontecem as atividades educativas, relacionar essas atividades com as expectativas dos usuários e suas conseqüências e identificar a sua importância para os trabalhadores da saúde, envolvidos nos processos educativos. A metodologia constou das etapas de levantamento bibliográfico, referencial teórico, observação direta das atividades realizadas no momento da pesquisa, aplicação de questionário junto às Autoridades Sanitárias Locais de todas as Unidades de Saúde e de entrevistas com os sujeitos participantes, trabalhadores da saúde e usuários, em três Unidades de Saúde do referido Distrito. Neste estudo, evidenciaram-se as exigências dos gestores e as dificuldades dos trabalhadores de saúde que, embora sem treinamento adequado, propõem e realizam as atividades educativas que são valorizadas pela população. Também, constatou-se o desconhecimento, em parte, das chefias locais sobre a realidade enfrentada pelos trabalhadores e pelos usuários, nessas atividades. Na prática, as atividades são realizadas em espaços comunitários, na forma de palestras, mediante uma pedagogia tradicional, nas quais se verificou o interesse e a participação dos usuários dos Serviços de Saúde da Rede Municipal, que agregam os conhecimentos adquiridos aos seus conhecimentos originais e à sua cultura popular. O emprego de uma pedagogia moderna e mais adequada possibilitaria resultados mais expressivos que a pedagogia tradicional não consegue atingir, em sua totalidade. Embora esta pedagogia não inviabilize alguns resultados até certo ponto positivos, torna-se necessário repensar as atividades para promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população estudada.

Palavras chaves: Educação em saúde. Atividades educativas para promoção da saúde. Saúde da família. Saúde coletiva.

## ABSTRACT

The following study seeks to better comprehend the educational activities conducted at the *Unidades de Saúde da Família* (Family Health Units) in the Bairro Novo Sanitary District, located in the city of Curitiba, and evaluate whether those activities de facto stimulate the autonomy of subjects and promote health. Its specific objectives are: (1) to observe how those educational activities are conducted; (2) to relate those activities with the expectations of users and their consequences; and (3) to measure the relevance of such educational activities to those workers in the field of health who are involved in educational processes and their workings. In order to meet these objectives, interviews were conducted with the subjects involved in educational activities (users and workers) in the three Health Units within the aforementioned District; the educational activities available during the length of this research came under direct observation; furthermore, a survey of the Local Sanitary Authorities of all the Health Units within the above District was also applied. This inquiry was conducted between July and October of 2007. It was able to highlight the difficulties faced by health workers who must perform the educational activities required by administrators despite their evident lack of proper training. The people reached by the proposed educational activities regard them in very high esteem and will even often solicit them. Local heads, however, are not at all aware of the real hardships faced by both workers and users, or even of the educational activities themselves. In practice, these activities are performed in community spaces, in the form of traditional education- style lectures. The users of the Municipal network of health services are known to show their interest and to participate actively in those lectures, benefiting as much as possible from the information transmitted thereby. Far from simply disregarding their prior knowledge and their popular culture, however, they add those to the knowledge acquired in the lectures. Despite administrators' contempt of educational aspects, the subjects are able to make good use of the existing educational activities, thus promoting the health of the population targeted by this study.

**KEYWORDS:** Education. Health education. Hermeneutics. Comprehension. Family health. Collective health.

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa de Curitiba com a distancia de bairros ao marco zero.....	62
Mapa 2 - Mapa de Curitiba divida em regionais administrativas.....	63
Mapa 3 – Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Bairro Novo.....	64
Mapa 4 - Mapa do Bairro Sitio Cercado.....	66
Mapa 5 - Distribuição dos conjuntos habitacionais por bairro.....	68
Mapa 6 - Mapa das áreas de ocupação irregular do Distrito Sanitário Bairro Novo.....	69
Mapa 7 - Mapa da densidade populacional de Curitiba.....	72

## LSTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados populacionais da pirâmide etária.....	67
Tabela 2 – Dados educacionais do Bairro Sitio Cercado.....	70
Tabela 3 – Oficina de Aproximação em Educação em Saúde.....	184

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 – Local de realização dos Programas de Hipertensos segundo as ASL.....	88
Gráfico 2 - Acontecem Atividades Educativas nos Programas de Hipertensos....	88
Gráfico 3 - Quem planeja as Atividades Educativas?.....	89
Gráfico 4 - Como a comunidade recebe as Atividades Educativas?.....	90
Gráfico 5 - Como a Equipe considera as Atividades Educativas?.....	91

Gráfico 6 - Houve treinamento da Equipe para as Atividades Educativas?.....	91
Gráfico7 - As atividades Educativas são preparadas com antecedência?.....	92
Gráfico 8 - Reavalia e Discute os processos educativos.....	93
Gráfico 9 – Quem realiza as Atividades Educativas?.....	94
Gráfico 10 - O senhor (a) sente-se doente?.....	102
Gráfico 11 - Acontecem atividades educativas, no programa de hipertensos?.....	107
Gráfico 12 - O senhor(a) teve alguma orientação que lhe foi importante?.....	108
Gráfico 13 – O senhor (a) teve alguma modificação em sua vida por causa das orientações recebidas?.....	111
Gráfico 14 -O Senhor(a) gostaria que o programa fosse diferente?.....	113
Gráfico 15 – Porque você acha o Programa de Hipertensos importante?.....	115
Gráfico 16 – O que o senhor faz como tratamento para Hipertensão Arterial?.....	117
Gráfico 17 – O que o senhor(a) toma ou faz para melhorar sua pressão arterial, além da medicação fornecida pela Unidade de Saúde?.....	118
Gráfico 18 – Quem decide os assuntos e planeja as Atividades Educativas na Unidade de Saúde?.....	121
Gráfico 19 – Como Faz as Atividades Educativas?.....	123
Gráfico 20 – Teve algum treinamento específico para realizar as Atividades Educativas?.....	125
Gráfico 21 – Você acha importante o Programa de Hipertensos? Porquê?.....	128
Gráfico 22 – Você lembra de algum resultado positivo da Atividade educativa?..	130
Gráfico 23 – O que você faz se por algum motivo a Atividade Educativa que você planejou não deu certo?.....	132
Gráfico 24 – O que você acha que significa para a comunidade?.....	137

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Causas de não adesão ao tratamento de HAS.....	45
Quadro 2 - Estratificação de risco individual de HAS.....	45
Quadro 3 - Decisão terapêutica baseada na estratificação de Risco.....	45
Quadro 4 - Rotina de consultas para tratamento de hipertensos com o quadro estabilizado.....	45

## LISTA DE SIGLAS

DSBN - Distrito Sanitário Bairro Novo

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UMS - Unidade Municipal de Saúde

WONCA - Associação Mundial de Medicina de Família

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução</b> .....	12
<b>2 Revisão da literatura</b> .....	17
2.1 Educação, Saúde e Educação em Saúde.....	18
2.1.1 Características e Definições.....	21
2.1.2 Abordagens sobre Educação em Saúde.....	24
2.2 Do Campanhismo ao Saúde da Família.....	26
2.2.1 Período higienista: necessário para o controle de epidemias.....	26
2.2.2 Educação sanitária até Educação Popular: uma visão emancipadora da Educação em Saúde.....	31
2.2.3 Um pouco sobre Saúde da Família e Sistema Único de Saúde.....	32
2.2.4 Saúde da Família em Curitiba.....	35
2.3 Tendências Pedagógicas.....	37
2.3.1 Pedagogias do Sistema Educacional Brasileiro.....	40
2.3.2 Educação de Adultos e Educação Popular.....	44
2.3.3 Abordagens pedagógicas, interacionismo e afetividade na Educação em Saúde.....	49
<b>3 Materiais e Métodos</b> .....	57
3.1 Referencial Teórico.....	57
3.2 Recorte Espacial.....	61
3.3 As Unidades de Saúde selecionadas.....	73
3.3.1 Distrito Sanitário e as Unidades de Saúde.....	73
3.4 Um pouco de Hipertensão Arterial.....	74
3.4.1 Protocolo de Hipertensão Arterial da Cidade de Curitiba.....	79
3.5 Metodologia da Pesquisa.....	82
<b>4 Resultado e Análise dos dados</b> .....	86
4.1 Resultado.....	87
4.1.1 Resultado dos questionários.....	87
4.1.2 As atividades educativas na prática.....	94
4.1.3 A fala dos sujeitos.....	100
4.2 Análise dos dados.....	137
<b>5 Considerações Finais</b> .....	147
Referências Bibliográficas.....	149
Anexos.....	154

## 1 INTRODUÇÃO

A prevenção e a promoção à saúde vêm se tornando alvo de debates em fóruns de discussões sobre o tema. A consciência da importância das atividades educativas, nas Unidades de Saúde, do Distrito Sanitário do Bairro Novo, do Município de Curitiba, onde se desenvolvem a Estratégia Saúde da Família, para prevenção e promoção à saúde, vem ocupando espaço na tentativa de proporcionar mudanças no comportamento individual e verificar interferências no cotidiano dos sujeitos.

Na prática, a forma como as atividades são realizadas e as repercussões que possam ter na transformação do estilo de vida das populações, ainda se constituem um campo a ser explorado, razão porque neste estudo propõe-se a conhecer e a dar conhecimento da realização dessas atividades educativas em saúde no dia-a-dia da vida das pessoas.

O foco central das preocupações reside, pois, na idéia da melhoria da qualidade de vida que se constitui atenção, primordial, das discussões e debates de estudiosos e profissionais em encontros nacionais e internacionais. Tal preocupação vem tomando lugar, nos últimos anos do século XX e início do século XXI, com o intuito de dar relevância à conscientização de direitos dos cidadãos, por meio de prevenção e promoção da saúde em geral, seja em termos de políticas públicas, seja em termos da tomada de posição dos cidadãos, em relação a um estado de vida saudável da população mediante melhores condições de vida e saúde.

O contato mais próximo das comunidades, onde atuam Unidades de Saúde, permite constatar a maior ou menor eficiência desses serviços, no trabalho de prevenção a doenças e promoção à saúde. As preocupações geradas do contato direto com as atividades, desenvolvidas nos serviços de saúde, permitem indagações a respeito dos resultados dessas atividades nem sempre satisfatórios ou coroados de êxito.

As atenções estão voltadas para os usuários de maneira geral mas, principalmente, para aqueles portadores de hipertensão arterial que se constituem em um grupo particular, por suas especificidades de saúde. A hipertensão arterial caracteriza-se por ser uma doença sem aparentes manifestações, salvo quando ocorrem eventos cardiovasculares, gerando

desconforto e outros sintomas, que levam às periódicas atenções médicas. O acompanhamento desses pacientes com hipertensão, assim como o de outros usuários, justifica a realização das atividades educativas que objetiva, além do acompanhamento, promover mudanças nos hábitos e comportamentos desses indivíduos, considerando o envolvimento de diversos fatores que intervêm, no maior ou menor comprometimento das doenças, nesses usuários.

Como médica da Estratégia de Saúde da Família há 12 anos, em Unidade de Saúde, na Cidade de Curitiba, a pergunta sobre as interferências das atividades educativas no cotidiano dos sujeitos começou a despertar a atenção da pesquisadora, notadamente, após a Especialização em Saúde Pública e atuação nas comunidades, onde desenvolve trabalho de atendimento em saúde pública comunitária. Com o passar dos anos, o desempenho de atividades educativas sem treinamento específico, por parte de profissionais e trabalhadores da área da saúde, foi fator de preocupação na busca de novas alternativas para a melhoria das práticas educativas. O interesse em torno dessas práticas levou a autora desta pesquisa a voltar suas atenções para o tema, procurando respostas às indagações sobre os resultados das atividades.

Os primeiros questionamentos a respeito dos resultados positivos das atividades educativas deram origem a essa pesquisa, cabendo salientar algumas questões que se tornaram inquietadoras, como se observa a seguir:

- As atividades educativas, desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Bairro Novo (DSBN), são baseadas na interação de saberes com visão multidimensional dos sujeitos, visando à autonomia de decisão e controle social?

- Nos relatórios enviados para os setores burocráticos do governo não são descritas as formas em que se realizam as atividades, havendo somente a indicação de dados, relativos à saúde dos usuários, à distribuição de medicamentos e às orientações que lhes são repassadas. Dessa maneira, as avaliações do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais pautam-se em dados burocráticos que pouco desvelam sobre a realidade da prática diária. A partir desta colocação surgiram as perguntas que a pesquisa busca responder, que são:

- Como ocorrem as atividades educativas nas Unidades de Saúde da Família, no DSBN, da cidade de Curitiba?

- Qual a expectativa da população em relação aos momentos educativos das Unidades de Saúde da Família, no DSBN, da Cidade de Curitiba?

- Qual a importância que os trabalhadores em saúde atribuem aos momentos educativos nas Unidades de Saúde da Família, no DSBN, da cidade de Curitiba?

Tendo em vista as considerações acima apresentadas, foram formulados os objetivos desta pesquisa, como seguem abaixo:

Objetivo geral:

- Compreender as atividades de Educação em Saúde nas Unidades de Saúde da Família no DSBN da cidade de Curitiba e verificar se essas atividades estimulam a autonomia dos sujeitos e promovem a saúde.

Objetivos específicos:

- Distinguir como acontecem as atividades educativas existentes nas Unidades de Saúde da Família, no DSBN, da cidade de Curitiba

- Relacionar as atividades educativas das Unidades de Saúde da Família, no DSBN, da cidade de Curitiba com as expectativas dos usuários e suas conseqüências.

- Identificar a importância das atividades educativas para trabalhadores da saúde, envolvidos em processos educativos, e constatar como tais atividades ocorrem nas Unidades de Saúde da Família, no DSBN, da cidade de Curitiba.

A expressão, trabalhador de saúde, em vários momentos do desenvolvimento do texto, é empregada com o mesmo sentido de profissionais da saúde que atuam no sistema público de saúde e têm diferentes formações.

Esse estudo foi realizado com base na análise hermenêutica que permite a compreensão dos fenômenos, por meio de sua interpretação, de uma forma mais aprofundada, além das palavras.

A metodologia empregada constou, inicialmente, de um diagnóstico das atividades educativas existentes nas Unidades de Saúde, em todo o Distrito Sanitário Bairro Novo, onde foram avaliadas as diferenças existentes nos diferentes serviços, a visão dos gestores locais e comparadas às atividades educativas das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário. Ainda, foi realizada a observação direta e não participante das atividades educativas, buscando contato com a comunidade sem, no entanto, integrar-se a ela. Observou-se o local de realização, tempo de duração, assuntos escolhidos, metodologia

pedagógica, participação dos sujeitos, funcionários e usuários, envolvidos na atividade educativa, e particularidades de cada atividade e de cada grupo. Após, realizou-se entrevistas com os sujeitos envolvidos nas atividades que são os funcionários e os usuários das Unidades de Saúde. Essas entrevistas, tendo como base a metodologia com base na análise hermenêutica, possibilitaram analisar e interpretar os fenômenos humanos para compreender o sujeito que adoece, o processo saúde-doença e os seus desdobramentos.

A pesquisa tem a pretensão de contribuir para que a educação em saúde, nas Unidades de Saúde da Família, seja compreendida na sua importância para os sujeitos envolvidos nos processos educativos, tanto trabalhadores em saúde como pessoas da comunidade, para que se possa, então, ter ações educativas participativas com interações entre os saberes científicos e o senso comum popular, visando à melhoria das condições de saúde da população.

Para tanto, o estudo procura refletir e discutir, no primeiro capítulo, alguns conceitos importantes para o desenvolvimento do estudo e, após, realizar uma análise da história da educação em saúde, desde o início do século passado, até os dias atuais, perpassando pelo movimento da educação popular e a Estratégia de Saúde da Família. Após a contextualização das tendências metodológicas na educação em saúde, o trabalho aborda a educação em saúde na atualidade, com suas particularidades, que fazem parte da pré-compreensão, necessária em estudo hermenêutico.

No terceiro capítulo, para melhor entender os sujeitos que participam da pesquisa, definem-se no recorte espacial aspectos do Distrito Sanitário Bairro Novo, com características da população, renda, estilo de vida e peculiaridades do local onde vivem.

Após define-se como base teórica a hermenêutica, que visa à compreensão e a interpretação dos fenômenos, contextualizando as Unidades de Saúde integrantes do estudo e a descrição do processo da pesquisa. Ainda, propõe-se uma discussão sobre a patologia hipertensão arterial para melhor compreensão do motivo que leva os usuários a participarem de grupos específicos, bem como salientar a importância da educação em saúde para essa patologia.

No quarto capítulo, descrevem-se os resultados obtidos nos questionários e, após a descrição das observações e das entrevistas, realiza-se a análise dos resultados, baseada na hermenêutica dialética e na metodologia quantitativa.

Nas considerações gerais foi apresentada a discussão das conclusões obtidas na pesquisa e das atividades educativas analisadas.

A pesquisa abre caminhos para outras investigações, associando educação, saúde e trabalho, no intuito de se procurar compreender os encaminhamentos dados às ações públicas ou, mesmo, particulares, na prevenção e na promoção à saúde, buscando garantir a elevação da qualidade de vida das comunidades e da população, em geral.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura teve-se a preocupação de identificar os autores que abordassem, em seus livros, a história da saúde e da saúde coletiva, com o objetivo de historicizar o processo de educação em saúde desde o final do século XIX, perpassando pelo século XX e chegando aos dias atuais, com a Estratégia de Saúde da Família.

Desde os tempos remotos, o processo saúde doença encontra inúmeras explicações, como fatalidade, destino, castigo, maldição, etc. Para cada explicação, uma forma de prevenir visando à sobrevivência, é passada a cada geração pelos pais ou por pessoas da comunidade, consideradas com maior conhecimento, médicos, curandeiros, feiticeiros, benzedeadas entre outros, de acordo com a cultura peculiar àquela comunidade.

A educação em saúde visa entre outros objetivos, como prevenir a doença e manter a saúde, a autonomia das pessoas, em relação aos processos de saúde e doença e de suas condições de vida, que se tornam possíveis geradores de doenças. A educação em saúde foi por muito tempo e, ainda, em várias regiões, continua sendo uma prática de transmissão de conhecimentos, de alguém detentor do conhecimento, para alguém sem conhecimentos.

Neste capítulo, procurou-se selecionar os conceitos sobre educação, saúde e educação em saúde e suas caracterizações, que fossem mais adequados à modalidade do trabalho que se desenvolveu, tanto no plano teórico como na pesquisa de campo. Também, foi objeto de estudo entender a trajetória das políticas de saúde e as ações empreendidas na saúde ao longo do tempo, para se compreender a forma pela qual são conduzidas, na atualidade, as práticas educativas nas Unidades de Saúde, procurando detectar o maior ou o menor nível de consciência educativa presente nas atividades conduzidas pelos profissionais da saúde. Ainda, buscou-se estudar as tendências pedagógicas, que começam a ser introduzidas, nas atividades educativas que integram os programas de saúde, lançados pelos diferentes governos, para a população em geral.

## 2.1 EDUCAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para melhor compreensão do objeto do estudo, é importante que os conceitos de educação, saúde e educação em saúde fiquem definidos, para darem subsídios à pesquisa, tanto teórica como prática, bem como possibilitarem atingir os objetivos traçados neste estudo.

O termo educação tem vários conceitos, que são formulados conforme o estudo que se pretende desenvolver ou o ponto de vista que se pretende abordar. Neste estudo, utilizou-se o conceito de educação relacionado à sociedade mediante o qual Pinto (2005, p.29) afirma: “Educação é o processo pelo qual a sociedade forma seus membros em função de seus interesses”. Dessa maneira, pode-se observar a estreita relação entre educação e sociedade, esta última estabelecendo o processo de educação, em razão de seus interesses.

Para definir saúde, tem-se o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, segundo Segre e Ferraz (1997, p. 538-542), fala do bem estar físico, mental, social, espiritual e não apenas a ausência de doenças. Essa definição recebe muitas críticas, pois se assim se conceituar saúde quase ninguém pode ser enquadrado como indivíduo saudável. Essa definição é considerada utópica, sendo ultrapassada e inacessível. Para não incorrer nesse erro escolheu-se a definição de saúde, conforme o Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION apud STARFIELD, 2002, p.21), que diz que saúde pode ser entendida “[...] à medida que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.”

Então, está-se falando muito mais que patologias e tratamentos, está-se falando sim de qualidade de vida. Fala a respeito de como as pessoas devem viver e conseguir enfrentar as dificuldades. A saúde não é fácil de definir, mas todos sabem a falta que a saúde faz quando se está doente. Para Gadamer (2006, p. 50),

[...] a doença, perda do equilíbrio, não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social. O doente não é mais como era antes. Ele está suspenso. Ele está degradado de sua condição de vida.

Se educação está relacionada com formação, segundo os interesses da sociedade, e saúde, com recurso para a vida diária, pode-se dizer que a educação em saúde é formar os sujeitos para ter a saúde como recurso para uma vida melhor. A educação, que diz respeito à pesquisa, é referente à educação de adultos, pois este é o principal cliente das Unidades de Saúde, mesmo quando se fala em crianças, pois os responsáveis pelos cuidados com essas crianças são os adultos.

As atividades educativas, desenvolvidas nas Unidades de Saúde, têm como particularidade serem realizadas de adultos para adultos. A educação de adultos, segundo a recomendação da UNESCO, na 19ª Sessão da Conferência Geral, em Nairobi, ficou assim definida:

O conjunto de processos organizados de educação, qualquer que seja o seu conteúdo, o nível e o método, [...] graças aos quais pessoas, consideradas adultas pela sociedade de que fazem parte, desenvolvam as suas aptidões, enriqueçam os seus conhecimentos, melhorem as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhe dêem uma nova orientação, e façam evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla perspectiva de um desenvolvimento integral do homem e de uma participação no desenvolvimento socioeconômico e cultural equilibrado. (UNESCO, 1976 apud DORGIVAL, 2004, p.34).

A educação em saúde, que pode ser concebida como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997), faz parte do cotidiano das Unidades de Saúde da Família e está inserida na atenção primária à saúde que é fundamental, pois visa à prevenção de agravos e à promoção à saúde. “Define-se promoção em saúde como uma *combinação* de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997). Isto é, além de processo educativo, a educação em saúde, ainda está relacionada com fatores ambientais, sociais, políticos entre outros.

A educação em saúde tem, também, como conceito atual ser o “[...] processo teórico prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica,

uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano.” (GAZZINELLI, 2006, p.19).

A autonomia acima referenciada vem a ser o poder de tomada de decisão frente às questões de saúde, dizendo respeito aos sujeitos do processo educativo, ou ainda, como se observa no conceito de Paulo Freire (apud VASCONCELOS; BRITO, 2006, p. 49), como sendo “[...] um processo gradativo de amadurecimento, que ocorre durante toda a vida, propiciando ao indivíduo a capacidade de decidir e, ao mesmo tempo, de arcar com as conseqüências dessa decisão, assumindo, portanto as responsabilidades.”

Para o desenvolvimento dessa autonomia, é necessário considerar os educandos como sujeitos das práticas educativas. O que se percebe é que as atividades educativas que ocorrem na prática nem sempre estimulam a participação popular, pois “[...] é no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, ao invés de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza.” (VASCONCELOS, 2006, p. 8).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pretende ser contra hegemônico contrário ao modelo biomédico, no qual se entende a causação das doenças apenas por patologias sem levar em consideração as condições de vida e as particularidades do cotidiano dos sujeitos. Por esta razão, as atividades educativas devem estimular a participação popular, não serem autoritárias e respeitarem o modo de vida das pessoas a quem se destina. Porém, na prática, vê-se que “[...] na falta de incentivo a ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário e normativo de educação em saúde mantém-se dominante em que pesem discursos aparentemente progressistas.” (VASCONCELOS, 2006, p.9).

Dessa maneira, torna-se necessário conhecer os encaminhamentos dados ao trabalho, relacionado às atividades de saúde desenvolvidas no Brasil, no qual se inclui aspectos históricos da educação em saúde e a forma pela qual surgiu e foi organizada a Estratégia Saúde da Família, num modelo mais moderno, no qual se pretender trabalhar a promoção à saúde e a prevenção à doença.

### 2.1.1. Caracterização e Definições:

A educação em saúde, teve em seu processo histórico uma construção de conceitos, que foram se modificando ao longo do tempo, até os atuais como conhecemos. Como apresentado no capítulo anterior à educação em saúde, no início do século XX tinha um aspecto intervencionista e prescritor, passando a seguir para uma fase de orientação já nos meados do século XX. No final do século XX temos a perspectiva de participação, e no início do século XXI a interação entre os saberes (GAZZINELLI, 2006, p.23). Pouco valorizada no início, tanto pelos profissionais como pelas escolas de formação desses, a educação vem sendo a cada dia, mais valorizada, como instrumento para promoção da saúde, pois como já definimos essa contem as atividades educativas. “O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, mas também não é fácil de ser dimensionado e avaliado [...] Geralmente é menos valorizado que o trabalho clínico, talvez devido à dificuldade de mensuração de seus resultados sob uma perspectiva imediatista”. (COSTA NETO, 2000, p. 44).

Como os profissionais de saúde têm pouca ou nenhuma formação em educação, as atividades educativas em saúde seguem os modelos verticalizados das Secretarias ou do Ministério da Saúde. Com isso a tendência é que as atividades educativas aconteçam na forma de transmissão de informações. “É preciso superar a atual situação em que as grandes campanhas educativas em saúde são organizadas por grandes empresas de comunicação muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população.” (VASCONCELOS, 2006, p.3) Com isso é difícil imaginar que se atinja o objetivo de mudança de hábitos, pois não dizem respeito a sujeitos específicos e sim a grandes massas. “Quando as estratégias educativas partem dos locais onde há maior convívio dos sujeitos envolvidos nos processos educativos permite que se respeite à autonomia e se valorize a criatividade dos educandos”. (VASCONCELOS, 2006, p.3).

Segundo Gazzinelli (2006, p. 42), “a prática educativa em saúde pode ser exercida em qualquer espaço social, uma vez que os horizontes da saúde são mais amplos que os da doença”. Isto significa que pode acontecer em

qualquer nível de atenção, seja o primário, secundário ou terciário. Também pode acontecer em qualquer espaço como escolas, Igrejas, associações de moradores, entre outras.

A educação em saúde pode também acontecer em atividades individuais, como as consultas de médicos ou enfermeiros, ou coletivas em programas de acompanhamento ou espaços comunitários. “As atividades individuais são onde os profissionais de saúde, mais usam o seu tempo e é neste momento que as pessoas mais se abrem à palavra desses profissionais” (VASCONCELOS, 1997, p. 35). Ainda, segundo Vasconcelos (1997, p. 37), “o atendimento individual dentro do centro de saúde é um espaço educativo tão rico e ao mesmo tempo tão curto. O profissional de saúde tem que estar preparado para aproveitá-lo”. Esse processo educativo deve ser baseado no diálogo, pois “no diálogo, o médico consegue chegar a um diagnóstico e a um tratamento muito mais científico. O paciente compreende melhor a sua doença e se sente dono do seu tratamento” (VASCONCELOS, 1997, p.39). Quando o sujeito compreende melhor sua doença, o tratamento proposto e tem a autonomia de escolha, ele aumenta a aderência e sente-se responsável pelo seu estado de saúde.

Além dos momentos individuais, onde o paciente está à procura de um atendimento por uma demanda específica, temos as atividades coletivas, essas sim voltadas para grupos específicos, por patologias, idades, interesses, etc.

Apesar dos avanços no conhecimento de técnicas pedagógicas, na prática nem sempre isso tem importância. Na saúde observa-se uma mudança no paradigma educacional passando de simples informações às ações de participação com construção do conhecimento a partir da realidade dos sujeitos. “A despeito da ocorrência dessa mudança de paradigma, observa-se, também um forte descompasso entre esses avanços teóricos em torno da educação em saúde, ou seja, a prática idealizada e a prática efetivamente realizada”. (GAZZINELLI, 2006, p.27). Ainda utiliza-se o modelo biomédico, onde falamos de doenças sempre com causa biológica, para induzir as pessoas a comportamentos esperados. Se as atividades educativas forem baseadas simplesmente em fatos médicos, e desconsiderado o diálogo e o desvelar o mundo dos educandos, perde-se a oportunidade de real impacto das atividades educativas em saúde. Se deseja ter alguma mudança para

melhorar as condições de saúde precisa considerar que saúde, não é apenas a ausência de doenças, mas um conjunto de fatores que incluem a forma de viver e adoecer dos sujeitos.

Atualmente em todas as ações de prevenção e mesmo de tratamento, estão previstas atividades educativas, sempre visando à mudança de comportamento. Porém, quais são os comportamentos a serem mudados? Quem dita o que pode e o que não pode? “As organizações de saúde apresentam uma estrutura formal, rígida, com níveis decisórios compatíveis às diferentes posições hierárquicas, ou seja, no ápice da pirâmide está quem delibera e, na base, aqueles que executam” (GAZZINELLI, 2006, p.44). Com essa organização, o profissional que executa a ação fica entre as ordens dos seus superiores e a população com suas necessidades e anseios que são diferentes em cada contexto social e cultural.

Para que se desvelem às necessidades dos sujeitos, precisa antes de tudo, compreender a fala dos mesmos. Para que isso aconteça os profissionais de saúde têm que reconhecer que as populações, por mais subalternas que sejam são capazes de produzir conhecimentos, organizar e sistematizar os pensamentos sobre a sociedade. (VALLA, 2000, p.12). Temos também que levar em conta, o fato de que: “os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de forma distinta daquela vivida pelo profissional” (VALLA, 2000, p.15). Isto implica em reconhecer que não há superioridade do profissional em relação à população, apenas uma forma diferente de ver o mundo.

Para estabelecer um processo educativo com base dialógica, com construção do conhecimento, o profissional de saúde precisa compreender a fala da população e a população precisa compreender a fala dos profissionais de saúde. Se essa compreensão mútua não acontece, os momentos ditos educativos não conseguem atingir os seus objetivos e os sujeitos envolvidos percebem como perda de tempo e passam a considerar apenas como obrigação, para cumprir as metas estabelecidas pelos níveis superiores para os profissionais, ou para a população a forma de receber medicamentos, vacinas, etc.

A transmissão de conhecimentos em saúde não pode ser considerada como um favor dos detentores das informações, mas sim um direito da

população. No Brasil a saúde é dever do Estado, e as ações educativas devem possibilitar a participação dos sujeitos e exercício da autonomia, para contribuir com a melhoria na qualidade de vida de todos:

Considerar a educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que o trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem da própria existência (SAÚDE, 2006).

As atividades educativas devem ainda seguir rígidos princípios como o rigor científico das informações apoiadas na epidemiologia. Ou seja, não se pode trabalhar com ações educativas baseadas em crenças e juízos dos profissionais de saúde, sem se levar em consideração à realidade da população e nem ditar normas e comportamentos bem aceitos pelas classes dominantes, porém sem que se tenham evidências que realmente vão melhorar as condições de vida e diminuir riscos futuros. As atividades educativas possuem “um potencial revolucionário, sendo capaz de, se bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável”. (COSTA NETO, 2000, p. 44).

### 2.1.2. Abordagens sobre Educação em Saúde

Ao se trabalhar com educação em saúde são comuns que os pressupostos da medicina, sejam os que dirigem as atividades educativas. Esses pressupostos estão relacionados com a causação biológica e a medicina curativa.

Os enfoques em educação em saúde podem ser classificados, conforme Tones (apud VALLA; STOTZ, 1993, p.19-20), em quatro linhas filosóficas, sendo o enfoque educativo, preventivo, radical e de desenvolvimento pessoal. Nestes enfoques estão contidos críticas ao modelo biomédico vigente, principalmente a medicina curativa. As abordagens citadas têm as seguintes características segundo Valla:

- Enfoque educativo tem como objetivo a compreensão da situação, onde quem é o sujeito da ação é o educador, têm ação sobre os indivíduos, serviços e sociedade. Tem como princípio orientador a eleição informada sobre riscos e compartilha e explora crenças e valores. Pressupõem um acesso igualitário às informações para que os sujeitos tenham uma compreensão da situação.
- Enfoque preventivo tem como objetivo o comportamento saudável, com o sujeito da ação o educador. Atua nos indivíduos nos serviços e tem como princípio orientador a persuasão sobre riscos. A estratégia é prevenir doenças pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis e pressupõem a mudança do comportamento individual. É dominante nos serviços de saúde. Muitas vezes é orientada pelo modelo médico.
- Enfoque radical tem como objetivo consciência social da saúde. O sujeito da ação é o educador com aliança com os cidadãos. Atua em grupos sociais e na sociedade e tem como princípio orientadora persuasão política. A estratégia é desenvolver a luta política pela saúde e pressupõem a participação dos cidadãos na luta política pela saúde.
- Enfoque de desenvolvimento pessoal tem como objetivo a personalidade desenvolvida e tem como sujeito da ação o educador. Age em indivíduos nos serviços e na sociedade e tem como princípio orientador a potencialização do indivíduo. A estratégia é desenvolver destrezas para a vida e pressupõem a crença na capacidade de controlar a vida.

As abordagens têm objetivos diferentes e serão usadas conforme a posição de cada um e o objetivo final da atividade educativa, podendo inclusive ser combinadas. O enfoque educativo e a de desenvolvimento pessoal têm como características aumentar as potencialidades dos sujeitos. O enfoque preventivo, juntamente com os anteriores, baseia-se nas responsabilidades individuais com relação à saúde. Já o enfoque radical contradiz os anteriores e parte do pressuposto que as condições sociais são determinantes do processo saúde-doença, e se não tiver uma atuação mais macro, não terá mudança na saúde da população.

Em cada enfoque pode-se utilizar diferentes metodologias e pedagogias, importando a manutenções das características específicas de cada um. Então ao programar uma atividade educativa, o educador deve ter claro o seu

objetivo, para então escolher o enfoque. A partir disso, parte-se para a escolha da metodologia, que pode variar conforme o público alvo e o assunto a ser desenvolvido.

## 2.2 DO CAMPANHISMO AO SAÚDE DA FAMÍLIA

Esse capítulo foi realizado com a revisão bibliográfica de autores relacionados, com história da saúde e da saúde coletiva, com o objetivo de historicizar o processo de educação em saúde desde o final do século XIX, perpassando pelo século XX e chegando aos dias atuais, com a Estratégia de Saúde da Família.

Desde os tempos remotos, o processo saúde doença encontra inúmeras explicações, desde fatalidade, destino, castigo, maldição, etc. Para cada explicação, uma forma de prevenir, visando à sobrevivência, é passada a cada geração, por seus pais, ou por pessoas da comunidade tidas como com maior conhecimento, médicos, curandeiros, entre outros, de acordo com o acesso disponível. A educação em saúde visa à autonomia das pessoas em relação aos processos de saúde e doença e de suas condições de vida, que são possíveis geradores de doenças, porém por muito tempo e ainda por alguns a educação em saúde era vista como a transmissão de conhecimentos, de alguém detentor do conhecimento, para alguém sem conhecimentos.

### 2.2.1. Período higienista: necessário para o controle de epidemias:

Como um processo formal, vindo do Estado, verifica-se que com o advento da microbiologia, e com a descoberta de patógenos, como agentes causadores de doenças, iniciou-se um processo de saneamento nas grandes cidades no final do século XIX e início de XX, principalmente preocupados com a manutenção da força de trabalho e dos interesses capitalistas onde o Estado, através de medidas de coerção e punição fazia, dentre outras atribuições à

vigilância nos domicílios e obrigatoriedade das vacinas (COSTA, 1985). Neste período várias epidemias estavam dizimando a população mundial. Em 1840 houve a relação entre as condições de vida e as doenças, porém em 1870 com a identificação de patógenos, iniciou-se a causalidade biológica, e novamente passou-se a ignorar as condições de vida. Em nenhum momento da história percebe-se a preocupação com a educação em saúde, pois ao se atribuir a doença a um agente específico bastava eliminar o causador e teríamos saúde.

Em 1892 em São Paulo formou-se o serviço Sanitário na Secretaria do Interior. Neste período considerava-se o povo incapaz de maiores entendimentos, e as poucas atividades educativas relacionadas à saúde, eram sempre na prescrição de normas e condutas, de forma normativa e prescritiva visando controlar as classes sociais trabalhadores, de acordo com os interesses das classes dominantes. Muitos processos educativos aconteciam nas fábricas, em forma de folhetos escritos para uma população de maioria analfabeta.

Consideravam-se as pessoas como incapazes, porém a imprensa escrita da época contradiz esse conceito. Neste mesmo período, verifica-se na imprensa operária, “o questionamento sobre a falta de informação sobre as patologias, sua transmissão e prevenção, para que as pessoas tomassem decisões de forma consciente e não apenas seguissem as imposições do Estado” (BERTUCCI, 1997, p. 57), o que demonstra a classe operária como preocupada com a saúde e com a autonomia dos sujeitos com relação à saúde.

Enquanto Oswaldo Cruz, ao combater as epidemias, teve atitudes, como a retirada dos pobres do centro do Rio de Janeiro e a polícia sanitária, teve apoio das classes dominante, porém quando colocou que a tuberculose tinha causas também em condições insalubres de trabalho e moradia, e como essa sendo de evolução lenta, não causava impacto nas forças de trabalho, não houve apoio para as medidas que Oswaldo Cruz quis implementá-las. Até aqui, na história do início do século XX, as poucas atividades educativas, eram de caráter normativo, com instruções a serem seguidas e sem a oportunidade da participação popular. As orientações se faziam na base de informações sem o objetivo de mudar comportamentos.

Nesta fase, surgem as visitadoras sanitárias, que davam orientações sobre higiene nas casas, na condição “de ‘agentes leigos’ que assistiam à população com conhecimento empírico, sem organização e controle formais.” (MOREIRA, 2002) Essas visitadoras trabalhavam, principalmente, com pacientes com tuberculose.

No período de 1916 a 1942, a Fundação Rockefeller, instituição norte-americana, visando o controle das doenças tropicais, com métodos de tratamento de baixo custo, atuou no Brasil e especialmente em alguns dos principais estados brasileiros. “Com a vinda da Fundação Rockefeller, a partir de 1916, o ensino médico e os trabalhos sanitários nas áreas rurais de São Paulo ganharam notável impulso.” (FARIA, 2002).

Em 1917, a Fundação introduziu medidas para o controle da ancilostomíase, por meio de um serviço de educação sanitária junto à população, evidenciando os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene. Para os sanitaristas da época, nada mais eficaz do que a propaganda e a educação higiênica como ação profilática contra uma doença transmissível. “Essa concepção tinha como base o modelo americano que via na mudança de hábitos individuais a chave para a profilaxia e, portanto, tinha educação sanitária como seu instrumento fundamental.” (NASCIMENTO, 2005, p.74).

Ainda em 1917, aconteceu a reforma do serviço sanitário em São Paulo que garantia a autoridade da Polícia Sanitária. No início dos anos 20 o Departamento Nacional de Saúde Pública tinha um Departamento de Propaganda e Educação Sanitária e, em 1922, com o Congresso dos Práticos e a vinda de enfermeiras norte-americanas ocorreu a criação de uma escola de enfermagem. As enfermeiras iriam substituir as visitadoras domiciliares leigas ou pelo menos supervisioná-las. “Através de ações educativas, preventivas e de cuidado, a enfermagem atuaria na reorganização da saúde pública e do serviço hospitalar, sob o olhar hierarquicamente superior do médico” (MOREIRA, 1999).

Em 1923, aconteceu o primeiro Congresso Brasileiro de Higiene que passou a ocorrer anualmente. Durante esses congressos, os sanitaristas elegeram as crianças como alvos da intervenção pedagógica, objetivando hábitos e atitudes da população frente à doença e, assim, poderem atingir os

padrões sanitários familiares. Esse trabalho se realizaria na escola e o principal agente da educação higiênica, a professora, que se ocuparia com uma educação moralizadora e domesticadora. (COSTA, 1985).

Em 1924, no Município de São Gonçalo no Rio de Janeiro, foi criado o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual e, no ano seguinte, o mesmo modelo foi adotado nas antigas escolas primárias do Distrito Federal. “[...] a educação é assim entendida como destinada a produzir sujeição dos indivíduos, a anular toda e qualquer oposição aos preceitos sanitaristas.” (STANCIK, 2002, p.8). Em 1925, em São Paulo, Paula Souza, então diretor geral do serviço sanitário, iniciou a implantação dos Centros de Saúde, com proposta de fazer trabalhos locais com participação comunitária. A educação sanitária seria realizada por educadores de higiene, que eram as professoras, encarregadas de induzirem a população a terem atitudes favoráveis à ação dos serviços com o objetivo de educação sanitária. Nesse sentido, uma “[...] mudança inovadora foi à criação da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde encarregados de promover a formação de uma ‘consciência sanitária’ na população.” (FARIA, 2002). Neste período “o povo era considerado como vítima incapaz de iniciativas criativas, enquanto não melhorasse sua situação de saúde pela adoção das medidas proclamadas.” (VASCONCELOS, 2001).

Em 1926, J.P.Fontanelle sintetizou que a higiene no início foi imposta pela coerção, para depois começar a despertar o interesse dos indivíduos. O trabalho que era realizado procurava ensinar e explicar as vantagens das medidas exigidas, dizendo ser necessário uma educação para um comportamento higiênico com benefício individual e coletivo com efeitos preventivos.

Embora haja referências a este trabalho educativo, não se encontrou registros sobre a forma como essa “educação” acontecia. Apenas há indicação de publicações com conselhos e normas de comportamento. Um pronunciamento do Diretor do Departamento de Saúde Pública é registrado, por ocasião da epidemia da gripe espanhola com orientações a respeito da prevenção à gripe. As recomendações e aconselhamentos para as pessoas aceitarem a intervenção do Estado, no sentido de protegê-las não chegou a alcançar seu objetivo, haja vista a rejeição às medidas do Governo quanto à

vacinação, quando muitas pessoas se rebelaram, gerando verdadeira revolta com mortos e feridos e grande prejuízo material. (COSTA, 1986). Como o objetivo da educação em saúde não era promover a autonomia, as punições aconteciam ante qualquer discordância, salvaguardando interesses econômicos da classe dominante que estavam por trás das políticas de saúde.

Na década seguinte, com a centralização administrativa, em 1931, Getúlio Vargas após a revolução, por decreto, extinguiu os Centros de Saúde. Em 1930, fora criado o Ministério da Educação e Saúde, sendo porém priorizada a educação nos primeiros anos, ficando a saúde para o controle da febre amarela, pois a doença prejudicava a construção das ferrovias. “Ações educativas ficavam restritas a programas e serviços destinados à margem do jogo político, continuando a priorizar o combate a doenças infecto-contagiosas.” (VASCONCELOS, 2001).

Apesar de haver condições de associar a prática de educação e saúde, essa oportunidade não foi explorada. As atividades educativas em saúde limitaram-se a publicação de folhetos, livros, catálogos, cartazes, artigos na imprensa, periódicos de saúde e concursos, com emprego de recursos audiovisuais, para difundir os conceitos fundamentais da saúde e das doenças.

Os dados do Ministério da Saúde, na época, apontavam uma população de analfabetos em torno de 60%, em 1940, principalmente nas populações mais pobres, do campo e da cidade. Como se observa, no início do século XX, a preocupação com a educação em saúde, perpassava, pelo interesse econômico e pela forma como eram julgadas as pessoas, sem capacidade de decidir como melhorar sua saúde, ficava a saúde ao encargo do Estado. Essa fase, conhecida como higienista, atingiu o objetivo do controle das epidemias através da coerção e da punição e não pelo envolvimento e pela necessidade dos agentes sociais.

## 2.2.2 Educação sanitária até Educação Popular: uma visão emancipadora da Educação em Saúde:

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, iniciou-se uma nova fase, onde se reconheceu a educação sanitária como atividade básica e atribuiu a vários profissionais a sua responsabilidade. Durante a Segunda Guerra Mundial, organizou-se o Serviço Especial de Saúde, com a finalidade de incrementar a extração de borracha e manganês para suprir o mercado mundial. Sob o comando de militares americanos, novas tecnologias de medicina preventiva e gerenciamento institucional foram introduzidos, possibilitando melhores recursos para a população que, todavia, continuava passiva e incapaz de iniciativas próprias. (VASCONCELOS, 2001).

Em 1953, houve a formação do Ministério da Saúde desmembrado da educação. Em 1958, a Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra, reafirmou a importância da educação sanitária e, em 1962, o então Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, o brasileiro Doutor Marcolino Gomes Candau assinalou a importância dessa educação. No Brasil as atividades de educação em saúde eram feitas por órgãos ou pessoas isoladas sem maiores recursos (VASCONCELOS, 2001).

Em 1964, com o golpe militar, os movimentos populares foram intensamente reprimidos. Somente a Igreja Católica, conseguiu se preservar da repressão política, possibilitando o engajamento de vários intelectuais, de diversas áreas, sendo norteados pelo método de educação popular desenvolvido por Paulo Freire. Na década de 70, começaram a se rearticular e reivindicar melhores condições de vida. Até então, a educação em saúde no Brasil foi uma iniciativa das elites políticas e econômicas, e, portanto subordinada a seus interesses. (VASCONCELOS, 2001).

Em 1974, com a vitória parcial da oposição, o governo, embora preocupado com problemas de saúde, educação, habitação e saneamento, pouco pode fazer sem recursos em meio à crise econômica do país. A saída foi recorrer à medicina comunitária, com a ampliação das ações preventivas, nos recém-criados Centros de Saúde. Em São Paulo, ocorreu a criação do

movimento popular de saúde, no qual a educação em saúde buscou ser uma assessoria técnica às demandas e às iniciativas populares. Foi um exemplo da organização popular, iniciada nos porões da ditadura. Porém, apesar das diversas reorganizações do Ministério da Saúde entre 1964 e 1980, não houve contribuição para introdução de atividade de educação nos programas de saúde, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Em 1979, houve o uso de propaganda subliminar em novela de televisão, segundo o Ministério da Saúde.

Na década de 80, com a construção do Sistema Único de Saúde, os movimentos sociais passaram a vislumbrar uma mudança mais global nas políticas de saúde, com esvaziamento dos movimentos de lutas mais localizados.

Em 1989, ao receber financiamento do Banco Mundial para projetos de informação, educação e comunicação, houve muitas discussões sobre o tema educação em saúde e o Ministério da Saúde restringiu a área de educação ao serviço da Fundação Nacional de Saúde, sem pessoal técnico e sem estrutura. O movimento popular pela reforma sanitária, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Constituição de 1988 e sua regulamentação por Lei Orgânica, em 1990, contempla a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes de: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e controle social.

Na diretriz da integralidade competia a articulação de atividades preventivas, curativas e de reabilitação, sendo nela localizada as atividades de educação em saúde. Em 1996, as atividades de educação em saúde retornaram com o Projeto Saúde na Escola, integradas à TV Escola do MEC. Pouco tempo depois, o Programa Saúde na Escola evoluiu para um Programa de Educação em Saúde.

### 2.2.3 Um pouco sobre Saúde da Família e Sistema Único de Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposto para a reorganização do atendimento em Atenção Primária à Saúde no Brasil que é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde. O atendimento funciona como porta de entrada ao sistema de saúde que, normalmente, é a Unidade de Saúde, local responsável pela organização do cuidado à saúde do paciente e

da população ao longo do tempo. No início foi conhecido como programa e atualmente é denominada de Estratégia de Saúde da Família.

Na Constituição de 1988, surgiu o Sistema Único de Saúde através da Reforma Sanitária nos anos 80 que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se delineou um sistema avançado em saúde pública, com a participação de movimentos sociais e do governo. Em 1990, o SUS foi regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde.

O SUS teve como diretrizes:

- universalidade (garantia de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos);
- equidade (o acesso é garantido a todos, mas pode haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidades);
- integralidade (ações preventivas e curativas integradas ao mesmo atendimento);
- hierarquização e regionalização (serviços organizados em graus de complexidade em atenção primária, secundária e terciária, devendo-se agrupar em determinada região nos distritos sanitários);
- descentralização (redistribuição de poder repassando competências e as instancias decisórias para esferas mais próximas da população);
- controle social (A sociedade civil organizada com possibilidade concreta de influir sobre a política de saúde que interessa ao conjunto da população);
- participação complementar do setor privado.

Os serviços de saúde foram organizados em níveis de complexidade crescente sendo que atenção primária à saúde foi definida como “[...] aquele nível de sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as mais incomuns ou raras [...]”. (STARFILED, 2002, p.28). O nível secundário tem como porta de entrada o nível primário e foi destinado a problemas mais complexos e articulados com nível terciário constituídos de hospitais especializados, incluindo os hospitais universitários.

A educação em saúde pode estar presente em todos os níveis de atenção, porém é na atenção primária que encontra o espaço para atenção e

promoção à saúde, sendo que os outros níveis, normalmente, estão relacionados com o manejo das patologias.

Em 1992, o Ministério lançou o programa de agentes comunitários, no qual pessoas da comunidade, sem conhecimentos prévios em saúde, foram integradas às equipes, com treinamento específico e trabalhos nas comunidades, visitando as casas, orientando e informando sobre saúde e passando a ser o elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade.

Em 1994, houve o lançamento do Programa de Saúde da Família, com o objetivo geral de contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Nos objetivos específicos encontra-se novamente contemplada a educação em saúde, da seguinte forma: contribuir para a democratização do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da doença; abordar os aspectos preventivos, a educação sanitária e as atribuições gerais da Equipe de Saúde da Família, que visam desenvolver processos educativos para a saúde voltada à melhoria do auto cuidado dos indivíduos.

A Estratégia Saúde da Família tem uma base territorial, ou seja, as equipes são responsáveis por uma população definida, em determinada área. As famílias moradoras desse território são cadastradas e atendidas na Unidade de Saúde, que tem como base a família, seu local de moradia e não apenas as patologias.

Cada componente da equipe e a equipe como um todo são responsáveis pelas atividades de educação em saúde. Segundo Vasconcelos (2006, p.9), “a expansão do Programa de Saúde da Família levou a uma profunda inserção de milhares de trabalhadores de saúde no cotidiano da dinâmica de adoecimento e cura na vida social”.

A Estratégia de Saúde da Família visa reorientar as práticas de atenção primária e ações de saúde de forma integral e contínua (incluindo aqui a educação em saúde), principalmente, por estar mais próximo do local onde as famílias vivem, com objetivo de melhoria na qualidade de vida. Segundo o Ministério da Saúde “[...] incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS -

universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade [...]”. (VASCONCELOS, 2006, P. 10). A Estratégia Saúde da Família, não é uma iniciativa brasileira, tendo experiências de sucesso em todo o mundo. Segundo informações da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), com dados da Conferencia Mundial de 1994 tem em funcionamento, por exemplo, no Canadá, o *College of family physicans of Canadá (CFCP)*, fundado, em 1954, na Austrália o Programa de Medicina de Família desde 1973, ainda na China, em Cuba e na Dinamarca, onde 98% da população estão inscritas numa lista que as identifica com um médico de família específico.

A medicina de família é hoje uma especialidade médica no Brasil reconhecida pelo Conselho Federal de medicina, com especializações e programas de residência. No Brasil as experiências são muito importantes sendo que há financiamento específico do Ministério da Saúde para implantação do programa, que hoje vem sendo chamado de estratégia. Cada Município pode fazer adaptações concernentes à sua realidade e aos recursos disponíveis, devendo ter os objetivos de Saúde da Família norteando o trabalho.

#### 2.2.4 Saúde da Família em Curitiba:

Em Curitiba, segundo Romanó et al (1999, p. 56), antes mesmo do lançamento pelo Ministério da Saúde do PSF, houve, em 1992, uma experiência com um médico generalista na UMS Pompéia por um ano e, em 1993, outra experiência iniciou-se na UMS São José com apoio de um médico geral Comunitário de Porto Alegre. Em 1994, firma-se convênio para colaboração e eventual intercâmbio com o Departamento de Medicina de Família da Universidade de Toronto, no Canadá.

Em 1995, com o lançamento do PSF pelo Ministério da Saúde inicia-se o funcionamento de cinco unidades de saúde, São José, Palmeiras, Dom Bosco, Jardim da Ordem e Pompéia, onde seus profissionais de nível superior fizeram treinamentos com professores vindos do Canadá. Em Junho de 1996 houve a ampliação de mais 19 unidades de saúde, perfazendo 24 Unidades de Saúde da Família espalhados em todos os Distritos Sanitários. Em 30 de junho de

2000, o Distrito Sanitário Bairro Novo passa a trabalhar com todas as unidades básicas com a Estratégia de Saúde da Família.

Após os treinamentos com os profissionais, vindos do Canadá, os novos profissionais que foram integrando as equipes, foram sendo treinados, pelos primeiros que receberam o treinamento. Na implantação do Saúde da Família, em Curitiba, foram adaptados (ROMANO JUNIOR et al.,1999, p.57) alguns princípios trazidos pelos canadenses (o documento completo encontra-se no anexo 1), dentre os quais foram selecionados os seguintes:

O Profissional de saúde da família tem competência clínica.

O profissional de saúde da família é fonte de recursos para uma população definida.

A saúde da família é uma atuação baseada na comunidade.

A relação equipe-paciente é alvo central na saúde da família.

A educação em saúde, faz parte dos objetivos gerais e específicos do Programa Saúde da Família e consta no Manual do Ministério da Saúde com propósito de “contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde” (BRASIL,1997, p.10). Esses objetivos estão presentes na formação dose nas orientações prestadas aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do PSF. Segundo McWHINNEY (1994, p.12), são observados os princípios norteadores da medicina familiar, pois “[...] o médico de família encara todo o contacto com doentes como uma oportunidade para prevenção ou educação sanitária”. Desta maneira, pode-se inferir que a educação em saúde faz parte das tarefas das equipes de Saúde da Família.

O Sistema Único de Saúde (SUS) que é a organização de assistência pública à saúde, tem seus princípios previstos na Constituição do Brasil de 1988, e regulamentados entre outras, pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Capítulo II (Anexo 2), relativos à integralidade, à preservação de autonomia, ao direito à informação e à participação popular.

O Programa Saúde da Família e os princípios do SUS evidenciam que a educação em saúde é necessária para a real implementação do Sistema de Único de Saúde, principalmente da forma como foi concebido, tornando-se um dos mais evoluídos do mundo.

Atualmente, os dados fornecidos pela Coordenação de Atenção Básica à Saúde da Secretaria Municipal de Curitiba, existem 157 Equipes de Saúde da Família, espalhadas por todos os Distritos Sanitários da cidade, com uma cobertura de 32,9% da população. Esses dados são referentes a fevereiro de 2007. No Brasil existiam no mesmo período, segundo dados obtidos no site do Ministério da Saúde, 34.775 equipes, atendendo 46,42% da população brasileira na Estratégia Saúde da Família. Já o Paraná conta com 1.838 equipes cobrindo 48,70 % do território paranaense. Das 49 Unidades de Saúde da Família de Curitiba, apenas uma trabalha também como centro de especialidades e se encontra no Distrito Sanitário Bairro Novo. Percebeu-se que comparando a cobertura do Brasil e do Paraná, Curitiba ainda tem um longo caminho a percorrer.

Esse processo histórico ainda está em construção, com o aumento das Equipes de Saúde da Família e com avaliações dos processos de trabalho. É sim, um novo olhar sobre a atenção primária à saúde, onde os sujeitos passaram a serem vistos como o principal foco na atenção à saúde. Como todas as mudanças, esse trabalho é lento e gradual, embora se verifique a existência de profissionais, inseridos no Saúde da Família, com a visão do atendimento biomédico. Deve-se lembrar, como disse Freire (1996, p.88), *“Mudar é difícil mas é possível [...]”* (grifo do autor), pois uma postura que está enraizada nos trabalhadores de saúde, levará algum tempo para que seja transformada. Apenas um contínuo processo de avaliações e treinamentos pode garantir que a teoria torne-se prática mediante a incorporação de procedimentos pedagógicos mais atualizados, conforme se pode observar nas tendências pedagógicas que começam a se descortinar no âmbito da educação e as possibilidades de aplicação na Educação em Saúde.

### 2.3 TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS

As tendências pedagógicas que se verificam nos meios educacionais, na atualidade, defendidas por educadores e estudiosos da educação, estão

embasadas em novas propostas teóricas com a finalidade de renovar práticas educacionais. Tais discussões objetivam tornar o conhecimento acessível a todos os que se empenham na tarefa de conquistarem conhecimentos para favorecer sua formação pessoal e profissional.

O processo, de ensinar e aprender a apreender conhecimentos, está associado a outras áreas do conhecimento que dão o necessário fundamento à construção gradativa da apreensão desses conhecimentos. Os envolvimento de aspectos filosóficos, sociológicos, psicológicos, culturais e econômicas, conscientes ou não, entrelaçam-se dando o devido respaldo para o desenvolvimento do processo de ensinar e aprender.

Em particular, na educação em saúde, o êxito no trabalho que se desenvolve nas atividades educativas depende, em grande parte, da forma de condução das atividades educativas pelas Equipes das Unidades de Saúde, em sintonia com a realidade das comunidades. Tanto por isso, torna-se necessário, de um lado, que as Equipes que atuam nas atividades educativas tenham a percepção e o entendimento a respeito da realidade das comunidades em que atuam, considerando que tais comunidades diferem umas das outras, em razão de suas condições culturais, sociais, econômicas e ambientais. De outro lado, cabe salientar o necessário nível de consciência das pessoas que compõem cada uma das comunidades, ou seja, consciência de si próprias, consciência de suas condições de vida e consciência do que podem fazer sob orientação, a partir da transformação da realidade em que vivem para melhorar sua qualidade de vida.

Uma das alternativas, para a melhoria da qualidade de vida, passa necessariamente pela educação, pois se torna necessário educar para se conhecer e educar para aprender. Assim, é necessário conhecer e reconhecer seu estilo de vida e procurar mudar, como também aprender a aceitar as mudanças que se fazem necessárias para melhorar suas condições de vida.

As atenções, neste capítulo, estão voltadas para o entendimento de propostas e teorias educacionais que favoreçam resultados positivos para a melhoria das condições de vida e saúde das populações que compõem o universo das comunidades. Com a preocupação, centrada no processo de educação em saúde, desenvolvido para as comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde, busca-se discutir teorias educacionais para se conhecer

as tendências pedagógicas que se apresentam na atualidade, possibilitando a compreensão das atividades que acontecem nas Unidades de Saúde da Família.

As tendências pedagógicas são conteúdos de disciplinas pedagógicas dos cursos de licenciatura nem sempre consideradas relevantes pelos cursistas. Posteriormente, os formandos frente à realidade em que vão atuar verificam a fragilidade de seus conhecimentos pedagógicos, dificultando o trabalho educativo, para obtenção de resultados nas comunidades.

A pouca importância atribuída às orientações pedagógicas, aceitas como necessárias para a complementação da carga horária dos cursos, ressalta a relevância que os estudantes atribuem aos conhecimentos específicos de seus cursos, deixando em segundo plano, teorias e procedimentos pedagógicos.

O domínio de conhecimentos pedagógicos para sustentar as práticas profissionais, em praticamente todas as áreas, notadamente naquelas em que são desenvolvidas práticas educativas, ainda não foi reconhecido e admitido em sua relevância e importância. Tanto assim que, Libâneo (2005, p.19), chama a atenção, ao dizer que “[...] boa parte dos professores, provavelmente a maioria, baseia sua prática em prescrições pedagógicas que viraram senso comum, incorporadas quando de sua passagem pela escola [...]”, considerando a prática inovadora de muitos professores sem uma avaliação crítica dos resultados. Se tal desconhecimento ocorre nos profissionais da educação, o que não dizer de outros profissionais cujos conhecimentos pedagógicos tornam-se secundários em sua formação? Na área da saúde, poucos profissionais dão importância a essas informações, fazendo da prática educativa uma atividade empírica com base em suas experiências pessoais.

Diferentes correntes pedagógicas são colocadas em prática no processo de educação. No Brasil, essas correntes são empregadas conforme os fundamentos teórico-filosóficos dos educadores que orientam seus trabalhos teóricos e suas práticas de educação. Essas correntes e propostas pedagógicas têm que ser analisadas sob o âmbito da saúde para se poder compatibilizar adequadamente enfoques teóricos às práticas de educação em saúde.

### 2.3.1. Pedagogias do Sistema Educacional Brasileiro

No Sistema Educacional Brasileiro, segundo o Ministério da Educação e Cultura (BR. MEC, 1997, p. 27-30), são dominantes as pedagogias tradicional, renovada, tecnicista e aquelas marcadas, principalmente, por preocupações sociais e políticas.

No caso da **Pedagogia tradicional**, as ações de ensino estão centradas na exposição dos conhecimentos pelo professor que tem o controle do processo de ensino-aprendizagem e se constitui no centro da atividade educativa. O professor transmite o conhecimento e o aluno aceita passivamente. A base filosófica apóia-se na concepção de um ser diferenciado que se apresenta na forma de um professor que domina e transmite os conhecimentos sem se preocupar com a sua contextualização em relação às realidades sociais, vividas pelos alunos, como afirma Pereira (2003, p. 1529): “Os conteúdos e procedimentos didáticos não estão relacionados ao cotidiano do aluno e muito menos às realidades sociais”. A preocupação reside na reprodução do conhecimento, na qual a principal função é a de transmitir conhecimentos para que os alunos se adaptem à sociedade.

Em relação à **Pedagogia renovada**, estão presentes várias correntes, inclusive a denominada ‘corrente não diretiva’ que é também conhecida como escola nova. O aluno passa da condição de passivo-receptivo a ativo-participante e o professor funciona como um facilitador da aprendizagem. O centro da atividade escolar é o aluno, ficando a cargo do professor estimular ao máximo a sua participação. Apesar da participação do aluno, o fim é o mesmo, com um saber sistematizado pelo professor. Permanece a idéia que o professor sabe e o aluno não sabe. Segundo o MEC, a falta de atenção aos objetivos traçados no planejamento, gera problemas e a perda de diretrizes para a concretização do trabalho educativo. Os principais representantes desta corrente são educadores, como Pestalozzi, Herbart, Montessori, Makarenko, entre outros.

Na **Pedagogia por condicionamento**, também chamada de tecnicista, o professor é apenas um elo entre a verdade científica e o aluno, sendo valorizada a tecnologia. A comunicação entre os sujeitos realiza-se apenas por meio de aspectos técnicos. Professor e aluno são expectadores, não havendo

espaço para debates e discussões. “A escola funciona como modeladora do comportamento através de técnicas específicas”. (PEREIRA, 2003, p.1530). A função do aluno é reagir a estímulos de forma a produzir respostas esperadas pela escola. Tal corrente é tributária do positivismo, tendo em Augusto Conte o seu principal representante, seguidos por Taylor com o taylorismo e Skinner com o behaviorismo.

A corrente da **Teoria crítica** teve início no final dos anos 70, quando se buscou “uma educação crítica, a serviço de transformações sociais, econômicas, políticas, tendo em vista [...] [a superação de] desigualdades sociais”. (PEREIRA, 2003, p.1531).

Ao lado das denominadas teorias críticas tem-se a **pedagogia libertadora** e a **crítico-social** dos conteúdos que são defendidas pelos educadores marxistas. Nestas correntes, afirma-se que a educação reflete as contradições de classes, sendo a classe dominante educada para ocupar a função de dirigente e a classe dominada para considerar natural sua dominação. As principais correntes que as compõem são: a Teoria do Sistema de Ensino enquanto violência simbólica, a Teoria da Escola enquanto aparelho ideológico do Estado e a Teoria da Escola Dualista. A pedagogia libertadora trabalha defendendo a autogestão e o antiautoritarismo.

A **Pedagogia Libertadora** tem como representante o educador Paulo Freire, defensor da educação popular. Os projetos de educação popular tiveram sua maior representatividade na fase da ditadura militar e permanecem com os propósitos de defender a autogestão e o antiautoritarismo. Sua aplicabilidade na área da saúde deu-se em razão das diretrizes que pautam a educação popular, visando atender e buscar soluções às questões de saúde junto às populações mais carentes. A conjugação dos interesses dos projetos de educação e daqueles na área da saúde apresentou resultados promissores para a continuidade dos trabalhos que neles foram iniciados. Por essa razão, o setor da área de saúde teve grande participação nos projetos, formulados pelos intelectuais ainda no período da repressão.

Além dessa classificação, citada pelo MEC, tem-se ainda outras formas de organização que, embora com algumas diferenças em sua essência apresentam traços comuns. Nos escritos de Libâneo (apud SILVA, 2006, p.4-5)

encontra-se uma nova classificação, surgida após LDB, nº 9.394/96, que é denominada de interacionista.

A **Pedagogia interacionista** é assim denominada por Vygotsky e Wallon ao conceberem o conhecimento como resultado da ação que se passa entre sujeito e objeto. Com a revalorização das idéias de Piaget, a linguagem foi retomada como referência de atuação sobre o homem e o mundo.

Libâneo (2005, p.19-44) emprega essa classificação na pedagogia liberal e progressista. As liberais estão “[...] ligadas ao sistema capitalista que, ao defender a predominância da liberdade e dos interesses individuais na sociedade, estabeleceu uma forma de organização social baseada na propriedade privada dos meios de produção [...]” (Libâneo, 2005, p.21). Estas pedagogias sustentam a idéia de que a escola tem a função de preparar o indivíduo para o seu papel na sociedade e adaptá-lo aos valores e normas das classes dominantes, destacando-se a tendência tradicional, a renovada progressista, a renovada não diretiva e a tecnicista. A teoria progressista engloba as pedagogias que partem de uma “[...] análise crítica das realidades sociais [e] sustentam as finalidades sócio-políticas da educação” (Libâneo, 2005, p.32).

Estas pedagogias constituem-se instrumento de luta e estão representadas pelas tendências libertadoras, mais conhecidas como pedagogia de Paulo Freire, libertária, que reúne defensores da auto-gestão pedagógica e da pedagogia crítico-social dos conteúdos, que acentuam a primazia dos conteúdos no confronto com as realidades sociais.

Em seu livro, “Panorâmica das tendências e práticas pedagógicas”, Geraldo Francisco Filho (2004, p.11-23), coloca outras classificações de educadores e teóricos da área da educação:

- Para Breno Sander, na educação brasileira contemporânea tem-se a Pedagogia do Consenso, que se preocupa com a transmissão de conhecimento e a conservação da estrutura social. Ainda, a pedagogia do Conflito, que está preocupada com a transformação da sociedade.
- Para Carlos Alberto Torres (2004 p.14), “a escola reproduz o capitalismo, mas também ajuda a mudar, a transformar a sociedade, apesar de inserida no contexto social.”

- Para Pedro Benjamim Garcia (apud TORRES, 2004 p.15), existem de um lado a teoria da modernização, em que a escola colabora para a “modernização da sociedade, fornecendo pessoal técnico, possibilitando a ascensão social, e contribuindo para distribuição de renda.” Também concebe a Teoria da Dependência, na qual a escola reforça os alicerces simbólicos das classes dominantes e dominadas.
- Para Fernando Becker, as fundamentações epistemológicas dos modelos educacionais podem ser: Empirista (condicionamento), Inatista (bagagem hereditária) e Interacionista (transformação, interação, etc.).
- Para Moacir Gadotti, a educação tem por base a concepção Dialética (aumento da consciência coletiva, realizado na interação) e a Metafísica (educação como conquista como ‘bem particular’).
- Para Cipriano Carlos Luckesi, a educação tem papéis diferentes, podendo ser redenção, como reprodução e como transformação. Divide as tendências pedagógicas em: Liberal (prevalece o modo de produção capitalista) e Progressista (parte da análise crítica da realidade).
- Demerval Saviani classifica em um grupo as “teorias que consideram a educação como instrumento de equalização social, para superar a marginalidade, e, em outro grupo, as teorias que entendem a educação como discriminação social, portanto, um fator de marginalização”.(apud TORRES, 2004, p. 19).

Em todas as classificações observa-se a separação entre as tendências que visam manter o “status quo”, e outras que visam à transformação da sociedade. Todas essas tendências podem ser aplicadas à saúde, dependendo do objetivo do educador, seja para a manutenção da situação atual, seja para o empoderamento dos sujeitos, com relação à sua saúde.

Das teorias apresentadas, as que se tornam mais adequadas às práticas educativas da educação em saúde são aquelas que irão atender as finalidades de uma educação emancipadora com objetivos voltados para a autoconsciência, a auto-afirmação e a auto-realização dos sujeitos que participam dessas práticas.

Dessa maneira, cabe comentar alguns pontos relativos à educação de adultos e à educação popular, tendo em vista a faixa etária e o nível sócio-

econômico das pessoas que compõem o quadro de sujeitos envolvidos nas práticas de educação em saúde.

### 2.3.2 Educação de Adultos e Educação Popular

A educação em saúde, trabalha com populações de diferentes faixas etárias, mas o alvo principal está na população adulta. É nessa faixa etária que se encontram: as doenças crônico-degenerativas, as gestantes, as mulheres em idade fértil, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e os cuidadores de crianças e idosos. Isto faz com que a maior parte das atividades educativas tenha como alvo principal pessoas adultas, razão porque se fará a abordagem sobre alguns aspectos da Educação de Adultos.

Quando se discute educação em saúde tem-se que pensar nesta educação voltada para pessoas adultas, embora, como já se chamou a atenção, sua finalidade seja o atendimento à população em geral, crianças, jovens e adultos. Todavia, como a pesquisa está centrada nas práticas educativas para pessoas adultas, é nesta faixa etária que se concentram as atenções, buscando-se, inclusive, compatibilizar teorias pedagógicas e atividades realizadas nas Unidades de Saúde ou, mesmo, propor atividades pedagógicas que sejam adequadas à sua clientela. Segundo Pinto (2005, p.73),

[...] a diferença de procedimento pedagógico se origina da diferença no acervo cultural que possuem a criança e o adulto [...]. A distinção de idades se traduz pela distinção da experiência acumulada, ou seja, de educação informal (pré-escolar) que a sociedade distribui à criança e ao adulto em razão do desigual período da vida que cada um possui.

Assim, portanto, a distinção de experiência acumulada entre criança, jovem e adulto vai determinar diferentes motivações no processo de aprendizagem, pois cada faixa etária traz consigo a sua história de vida.

No momento do ato educativo, os profissionais da saúde deparam-se com pessoas adultas com diferentes níveis de escolaridade formal e diferentes capacidades cognitivas que vão influenciar nas diferentes motivações que as levam a procurar o serviço de saúde. Por esta razão, torna-se tarefa, nem sempre fácil identificar e trabalhar essas motivações. Daí porque os profissionais, procurando aproximar as pessoas das Unidades de Saúde,

recorrem a várias estratégias para poderem fazer diagnósticos que lhes possibilitem prevenir doenças ou fazer o acompanhamento de pessoas com alguma enfermidade.

A falta de preparo dos profissionais e a dificuldade de perceberem as motivações que levam as pessoas a procurarem as Unidades acabam favorecendo o emprego de recursos que não exigem criatividade e muito trabalho, tornando-se mais fácil lançar mão de prescrições de comportamentos do que discutir e construir conhecimentos através da problematização. Muitas vezes os trabalhadores de saúde lançam mão de incentivos, como brindes, medicamentos, sorteios, consultas médicas, para que a comunidade participe das atividades educativas. Porém, por serem as motivações variadas, nem todas as pessoas participam dos momentos educativos, apesar de muitos procurarem as Unidades de Saúde por diferentes interesses.

Como fazer que essas atividades, preconizadas e pactuadas com o Ministério da Saúde, deixem de ser momentos burocráticos ou momentos de transmissão e informações e passem a ser de educação para todos os sujeitos envolvidos? Segundo Vasconcelos (2006, p.9), “[...] o tradicional modelo autoritário e normativo de educação em saúde mantêm-se dominante, em que pesem os discursos aparentemente progressistas.”

Em saúde, observa-se a ampla utilização da tendência tradicional, com transmissão de conhecimentos, por meio do condicionamento em relação à saúde, como se ela fosse a recompensa por seguir as orientações dos serviços de saúde.

Nos anos 70, houve a aproximação da saúde com a Educação Popular e muitos grupos trabalharam nessa perspectiva com a inserção de técnicos nas comunidades. Com a abertura política e as mudanças nos rumos políticos, essa prática deixou de ser realidade. Com o advento da Estratégia Saúde da Família, foram novamente inseridas as equipes de saúde nas comunidades e nos seus cotidianos, podendo, então, serem empregadas as metodologias da Educação Popular no trabalho junto às comunidades.

A evolução das teorias educacionais introduziu novas tendências, dentre as quais a da pedagogia interacionista que começa a ser absorvida pelos profissionais da saúde nos trabalhos educativos, realizado com as comunidades. Segundo Gazzinelli (2006, p. 21), no trabalho educativo, “[...] a

despeito da ocorrência dessa mudança de paradigma, observa-se, também, um forte descompasso entre esses avanços teóricos em torno da educação em saúde, ou seja, entre essa prática idealizada e a prática efetivamente realizada.” Isto evidencia que, apesar dos conhecimentos em educação, a imposição de normas e prescrição de comportamentos ainda é comum nos serviços de saúde, quem sabe até pela dificuldade que uma educação pautada no respeito aos sujeitos gere para os profissionais de saúde. Ainda, segundo Gazzinelli (2006, p. 22-23),

[...] a importância dada à educação em saúde, aliada aos avanços teóricos atuais que apontam para processos educativos que considerem o saber popular, as representações sociais, o senso comum e as interações entre as dimensões política, econômica, social, cultural e subjetiva do processo saúde-doença, não assegura, na prática, a ruptura com as concepções pedagógicas e ideológicas que continuam a prescrever regras, para o bem viver pautadas exclusivamente no conhecimento científico ou numa relação determinista e linear entre representações e práticas.

Na prática cotidiana, percebe-se que as atividades são distanciadas das necessidades da população, pois os temas não são definidos pelos profissionais de saúde que atuam nas Unidades junto às comunidades. Na maioria das vezes têm-se temas derivados de campanhas verticalizadas, decididas por técnicos distantes da realidade, sugerindo abordagens como: dengue, tuberculose, aleitamento materno, tabagismo, etc, que, na verdade, não constituem preocupações ou males que acometem certas comunidades. Não que tais temas não sejam relevantes, mas torna-se necessário centrar as atividades em temáticas que atendam as necessidades do dia-a-dia. Segundo Gazzinelli (2006, p. 21), “[...] ainda, hoje, notamos, a educação em saúde pautada exclusivamente em conteúdos do saber científico, tendo como alvo prioritário induzir às atitudes vistas como desejáveis.”

O fato dos temas não serem abordados a partir das necessidades da comunidade, torna difícil acreditar que haja respeito dos profissionais pelos conhecimentos dos sujeitos, pois em sua concepção essas atividades educativas devem ser realizadas segundo a abordagem tradicional, baseada no professor que domina o saber.

A pesquisa realizada, por Guimarães (2006, p. 160), sobre a compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e

seu tratamento versus controle pressórico em uma Unidade de Saúde de Curitiba, constatou que 8% dos participantes disseram não valer a pena participar das atividades educativas do programa, justificando não haver nenhuma novidade nas palestras, muitos dias com reuniões no programa ou, ainda, por serem as atividades desorganizadas. Na mesma pesquisa, 22% dos sujeitos pesquisados afirmaram nunca ter participado de nenhuma atividade educativa. Nas conclusões da pesquisa, Guimarães afirma que os pacientes sabem o que fazer, mas não conseguem por em prática. Por sua vez, os profissionais de saúde, diz o pesquisador, alegam que os pacientes não percebem a real necessidade do tratamento e suas conseqüências, porque não compreendem as informações passadas pelos profissionais nas consultas, nas reuniões do Programa ou nas orientações da enfermagem.

Nesta pesquisa, percebe-se a distância entre as atividades educativas, a comunidade e os profissionais de saúde. Desta forma, verifica-se que, para haver mudanças de comportamento, é necessário muito mais que 'passar informações'. É preciso realizar atividades educativas interessantes e úteis para os participantes.

O trabalho da educação se realiza mediante um processo longo e gradativo, podendo-se basear nos princípios educativos, apontados por Pinto (2005, p. 30-34), que considera a educação:

- Um processo que ocorre durante toda a vida, sendo histórico.
- Um fato existencial e constitutivo do ser humano.
- Um fato social, onde a sociedade reproduz a si mesma.
- Um fenômeno cultural, onde se transmite a cultura a cada geração.
- Desenvolvida sobre o fundamento do processo econômico da sociedade.
- Uma atividade teleológica, que visa sempre tornar o indivíduo útil para a sociedade.
- Uma modalidade de trabalho social.
- Um ato consciente.
- Um processo exponencial, ou seja, multiplica-se a si mesmo.
- Essencialmente concreta.

- De natureza contraditória, pois, age para conservar o saber e a criação de um novo saber.

Desta maneira, o trabalho educativo tem que se pautar em princípios e metodologias que levem em conta a realidade de cada comunidade para conseguir mudar a concepção de saúde e realizar um trabalho para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Por estas razões, a Educação de Adultos e a Educação Popular são consideradas as mais compatíveis e adequadas para os trabalhos junto às comunidades. Desta forma, os princípios e os métodos da Educação Popular vêm ao encontro das necessidades da educação em saúde, pois estão implícitos, nesta modalidade de educação, o conhecimento da realidade de vida das comunidades, o nível de conhecimento da comunidade, a cultura peculiar a cada comunidade e o nível social e econômico das famílias que compõem as comunidades.

A Educação Popular surge no início dos anos 60 e, com a ditadura, passa a acontecer de maneira informal com a participação de vários intelectuais. Nesse momento, a saúde passa a se apropriar da metodologia da Educação Popular e torna-se um terreno fértil para sua aplicação.

Essa metodologia preconiza o respeito às raízes culturais dos sujeitos envolvidos e os temas geradores são focalizados a partir das necessidades da comunidade, que se revela na pesquisa dos educadores envolvidos. Após a definição desses temas iniciam-se as discussões que são estimuladas por outros recursos como fotografias, cartazes, panfletos, notícias de jornais ou revistas entre outros. As discussões giram em torno dos temas escolhidos, partindo da realidade das pessoas, tentando compreender as raízes dos problemas e estimulando o desenvolvimento de autonomia e cidadania.

Nos anos 70, muitos educadores foram às comunidades para aplicar o método tanto para alfabetização como para outros temas sociais como saúde. Em certos momentos, houve um descompasso nos rumos da educação popular, pois apesar das mudanças políticas, algumas pessoas tentavam “[...] fazer uma transposição direta e sem adaptações da metodologia da ação nos espaços informais [...]” (VASCONCELOS, 2001, p. 16). Apesar das mudanças políticas, essa prática ficou mais distanciada.

Na atualidade, a implantação do Programa Saúde da Família exigiu a aproximação e, aos poucos, a inserção das equipes nas comunidades, possibilitando o conhecimento mais próximo da vida dessas populações.

Após o emprego de princípios e métodos da Educação Popular na saúde, houve importantes mudanças na concepção de educação em saúde, pois “[...] a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor da saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde.” (VASCONCELOS, 2001, p. 14). Apesar disso, na maioria dos locais ainda se observa a visão tradicional da educação. Ao se analisar a formação dos profissionais que fazem parte da equipe de saúde, percebe-se a falta ou a superficialidade com que são trabalhadas as atividades educativas. Sem a orientação na formação, como se pensar ou pretender que os profissionais tenham uma proposta pedagógica dialógica?

A tendência é repetir o que vivenciaram, ou seja, repetir a educação que receberam que, na maioria das vezes, realizou-se mediante uma pedagogia tradicional. Ainda, cabe salientar que uma parcela expressiva dos profissionais de saúde é originária de uma classe média. Classe média esta, como diz Freire (1996, p. 95), “[...] em busca de ascensão e privilégios, temendo naturalmente sua proletarização, ingênua e emocionalizada, [que] via na emersão popular, no mínimo, uma ameaça ao que lhe parecia sua paz. Daí a sua posição reacionária diante da emersão popular.” Dessa maneira, a falta de preparo e treinamento e mais os medos pessoais, torna mais simples cumprir exigências burocráticas, com atividades prescritoras, que além de serem as mais empregadas, não envolve riscos e mantém os pressupostos das classes dominantes, evitando despertar a consciência cidadã por meio da educação dialógica.

### 2.3.3 Abordagens pedagógicas, interacionismo e afetividade na Educação em Saúde.

As teorias e procedimentos pedagógicos apontados e comentados nos capítulos acima não esgotam as possibilidades de trabalho que se pode realizar na educação em saúde. Além dessas pedagogias, podem ser usadas

na educação em saúde pedagogias alternativas, pois os momentos educativos são pontuais e com objetivos específicos. Num único momento, podem ser empregadas várias estratégias, visando atingir grupos diferenciados e específicos, como por exemplo uma campanha publicitária que deve estar direcionada para atingir objetivos junto a grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, etc. O importante neste trabalho é o respeito que se deve ter com os grupos, seu nível social, econômico, cultural entre outros aspectos, procurando adequar os enfoques, os temas, as problemáticas levantadas, às atividades educativas que devem ser planejadas e organizadas.

As abordagens pedagógicas com experiências na educação em saúde são apresentadas por Gazzinelli et al (2006, p. 77-166), trazendo propostas denominadas Pedagogia das Representações Sociais, Pedagogia do Estético e Pedagogia dos Projetos.

A **Pedagogia das Representações Sociais**, conforme Gazzinelli (2006, p. 77-78), “Consiste em uma pedagogia que se organiza em torno da idéia de que a aprendizagem se dá através da interação entre a representação social e o conhecimento científico”. Esta Pedagogia procura fazer o reconhecimento do senso comum interagindo com o saber científico. Ainda, considera que as mudanças ocorrem em nível das representações sociais, para serem incorporadas de forma mais definitiva, inicialmente identificando o senso comum a respeito do assunto para, então, trabalhar o conhecimento científico, tendo sempre como base o levantamento inicial.

Outra proposta é a **Pedagogia do Estético**. Diz o autor que Estética é aqui considerada como a faculdade de sentir e ter compreensão pelos sentidos. Interessa-se por trabalhar com o produto de uma vivência. Situações de ensino são então oferecidas, nas quais a partir de suas vivências, os sujeitos constroem e reconstróem conhecimentos, incorporando artes plásticas, arte, música poesia, fotografia, entre outros, como se observa nas diversas possibilidades apresentadas adiante.

- Abordagem do Poético: “O poético se contrapõe ao caráter formal, repetitivo, desencantado, técnico, austero, que são características do conhecimento e da cultura escolar e educativa”. (GAZZINELLI, 2006, p. 108). As mais variadas atividades podem se valer desta abordagem,

como em passeios e filmes. Após a atividade o sujeito escreve livremente sobre o que vivenciou e reconstrói conceitos.

- Abordagem do Humor: O Humor está presente como uma forma de linguagem que proporciona através do riso, a reflexão sobre uma determinada temática. (GAZZINELLI, 2006, p. 121). Pode ser usado em qualquer momento da atividade e torna a atividade educativa mais participativa, com trocas de saber. Devem-se respeitar as faixas etárias nas escolhas de atividades, como: paródias, charges, caricaturas, adivinhações, anedotas, etc.
- Abordagem do teatro: “O teatro humaniza o tema a ser debatido, ao comunicá-lo através da interpretação e da expressão do corpo humano”. (GAZZINELLI, 2006, p. 125). Essa abordagem envolve os educandos despertando sensações e sentimentos e é um poderoso instrumento de comunicação, pois aproxima os sujeitos envolvidos no processo educacional.
- Abordagem das Artes: “Faz o resgate do potencial criativo e a capacidade de expressão dos educandos em prol da saúde e das relações interpessoais”. (GAZZINELLI, 2006, p. 131). Esta abordagem estimula a criatividade e a imaginação, partindo da concepção de que a arte está presente em todos e não somente em sujeitos privilegiados. O aluno faz o desenho ou a escultura, por exemplo para, em seguida, verbalizar o significado do seu trabalho e consolidar as reflexões que fez individualmente.
- Abordagem das imagens: “Usa a linguagem das imagens como mediadora do processo de construção e interação de conhecimentos”. (GAZZINELLI, 2006, p. 137). Nesta abordagem podem ser usados recursos, como fotos, imagens, ilustrações ou vídeos. Funciona como um atrativo que facilita o processo ensino-aprendizagem. As imagens trazem idéias ou conteúdos e as interpretações dependem das experiências pessoais de cada um.

A proposta pedagógica sobre a **Pedagogia dos Projetos** tem como ponto de partida a formulação de projetos e a solução de problemas como métodos de aprendizagem. O projeto é uma investigação desenvolvida em profundidade. Pode ocorrer nas mais variadas situações de ensino. É uma

pedagogia do pensamento, na qual o sujeito constrói o conhecimento após pesquisar e explorar o seu ambiente físico. É um conhecimento produtivo.

Com essa visão das tendências e das abordagens pedagógicas que podem ser aplicadas à saúde, cabe salientar o trabalho desenvolvido por Vygotsky e Wallon que focalizam suas propostas de trabalho pedagógico na Pedagogia Interacionista. Com base nesta proposta pedagógica interacionista, as tendências e as abordagens pedagógicas podem ser selecionadas, conforme a realidade da comunidade com a qual se desenvolverá a atividade educativa, ganhando desta forma maior enriquecimento, no momento da realização das práticas educativas.

Autores como Piaget, Vygotsky e Wallon lançaram as bases da tendência pedagógica interacionista, com base em pesquisas realizadas em meados do século passado e bastante atuais em dias de hoje. Segundo Barros (2008), Piaget baseia-se no estruturalismo, com conceitos principais de equilíbrio, adaptação e assimilação, privilegiando a maturação biológica e o desenvolvimento intelectual individual e espontâneo. O desenvolvimento é considerado como seqüência fixa e universal dos estágios e a construção do conhecimento a partir da interação sujeito-objeto.

Em relação à Vygotsky, diz Barros (2008), a pedagogia baseia-se no materialismo dialético e tem como principais conceitos a zona de desenvolvimento proximal, a mediação simbólica e a internalização. Para Vygotsky o desenvolvimento cognitivo é mediatizado através do meio social e a construção do conhecimento é cooperativa com interação entre sujeito-meio-sujeito, não se aceitando nesta proposta pedagógica a visão universal do desenvolvimento, defendida por Piaget.

Para Wallon, que também tem bases no materialismo dialético, os conceitos principais estão voltados para a afetividade, a dialética emoção-razão e o campo funcional. O desenvolvimento cognitivo alterna as fases afetivas e cognitivas, privilegia o social, sendo pontuado por conflitos. A atividade intelectual é antagônica às emoções e depende do coletivo, sendo considerado o desenvolvimento intelectual meio para o desenvolvimento da pessoa.

Ainda, cabe chamar a atenção sobre alguns aspectos da proposta pedagógica de Vygotsky e Wallon que podem colaborar na educação de adultos e ser aplicado na educação em saúde, o denominado sócio-interacionismo.

Vygotsky não escreveu uma teoria pedagógica propriamente dita, principalmente porque teve sua vida precocemente interrompida vítima da tuberculose, mas suas pesquisas conseguiram importantes descobertas que podem ser utilizadas na saúde. Apesar de ter se dedicado ao desenvolvimento mental das crianças, suas reflexões sobre educação podem ser extrapoladas para a educação de adultos. Quando se trabalha com adultos que já estão com os seus processos mentais definidos e já trazem uma experiência de vida, é difícil conseguir o interesse dos sujeitos nas abordagens educativas. Segundo Vygotsky (2004, p.63) “[...] não se pode educar o outro. É impossível exercer influência imediata e provocar mudanças no organismo alheio, é possível apenas a própria pessoa educar-se [...]”. Sendo assim os sujeitos devem desejar as atividades educativas, caso contrário, não apresentarão os resultados que são esperados nos objetivos das atividades.

Na saúde, os momentos educativos são vinculados a programas ou outras ações planejadas, com tempo pré-determinado e população diversificada, o que faz com que as atividades educativas normalmente sigam um programa bastante restrito. Esses momentos são preparados de acordo com as necessidades dos serviços de saúde, por demandas institucionais.

Para Vygotsky (2004, p.64) “o processo de educação deve basear-se na atividade pessoal do aluno, e toda a arte do educador deve consistir apenas em orientar e regular essa atividade.” Esse processo é dificultado pela heterogeneidade dos sujeitos, em que a participação muitas vezes é prejudicada pela inexperiência pedagógica dos trabalhadores de saúde.

Como manter a atenção desse grupo? Essa é a tarefa que os profissionais de saúde apresentam dificuldade, pois os interesses de adultos são diferentes de crianças e jovens. As pessoas têm que ser considerados como sujeitos de seu aprendizado. Oliveira (2006, p.75), ressalta o pensamento de Vygotsky, dizendo:

A relevância dos objetos da atenção voluntária estará relacionada à atividade desenvolvida pelo indivíduo e ao seu significado, sendo, portanto, construída ao longo do desenvolvimento do indivíduo em interação com o meio em que vive.

Ainda, segundo o pensamento de Vygotsky, outros conceitos como a percepção dos elementos do mundo real leva as pessoas a fazerem “[...]”

inferências baseadas em conhecimentos adquiridos previamente e em informações sobre a situação presente, interpretando os dados perceptuais à luz de outros conteúdos psicológicos [...]” (OLIVEIRA, 2006, p.74), possibilitando a discussão de que os conhecimentos prévios são importantes na percepção e atuam na memória. Essa percepção “refere-se também ao registro de experiências para recuperação e uso posterior, mas inclui a ação voluntária do indivíduo no sentido de apoiar-se em elementos mediadores que o ajudem a lembrar-se dos conteúdos específicos.” (OLIVEIRA, 2006, p.77). Portanto, a atenção, a percepção e a memória dependem das experiências psicológicas vividas pelos sujeitos e os mediadores utilizados determinam o aprendizado.

Um dos conceitos importantes para Vygotsky consiste na Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que fica entre o nível de desenvolvimento real, que se refere às etapas já atingidas e o nível de desenvolvimento potencial, que é a capacidade de desempenhar tarefas com a ajuda de companheiros mais capazes. Para que o aprendizado se concretize é importante que se conheça esses níveis de desenvolvimento dos sujeitos, pois, como afirma Freitas (2006, p.104),

[...] todo bom ensino é aquele que se direciona para as funções psicológicas emergentes. Desta forma, o ensino deve incidir sobre a *zona de desenvolvimento proximal*, estimulando processos internos maturacionais que terminam por se efetivar, passando a constituir a base para novas aprendizagens. (Grifo do autor).

É difícil nas populações adultas percebermos exatamente o que já foi atingido e qual o seu potencial, mas a participação dos sujeitos nas atividades pode fazer com que os participantes que já conseguiram atingir determinados níveis colaborem para que os demais modifiquem suas ZDP, que não é estática e pode ir se modificando com o desenvolvimento do pensamento. Para Vygotsky, diz Antunes (2006, p. 28), é justamente na ZDP que “[...] pode produzir-se o aparecimento de novas maneiras de pensar e onde, graças à ajuda de outras pessoas, pode desencadear-se o processo de modificação de esquemas de conhecimento, construindo-se novos saberes [...]”.

Entre os autores considerados pilares do interacionismo, Henri Wallon se destaca pela valorização da afetividade no processo educativo em sua teoria psicogenética. Para Wallon (apud MAHONEY; ALMEIDA, 2005, p. 15)

“[...] ao lado dos conhecimentos teóricos, assumem relevância a sensibilidade, a curiosidade, a atenção, o questionamento e a habilidade de observação do professor sobre o que se passa no processo ensino-aprendizagem.” Quando um processo educativo acontece em um ambiente afetivo, há uma predisposição maior ao aprendizado e o contrário também é verdadeiro, pois uma aprendizagem pode ser bloqueada por falta de afetividade.

Segundo Dourado e Prandini (2008, p. 1), a teoria de Wallon considera o desenvolvimento completo da pessoa quando ela se encontra integrada ao meio em que está inserida, com os seus aspectos afetivo, cognitivo e motor, também, integrados. Esta integração entre as pessoas, com seus aspectos cognitivos e afetivos com o meio, resulta em um conjunto funcional que é a ênfase da teoria de Wallon e a afetividade o diferencial, como concebem outros interacionistas.

A afetividade “refere-se à capacidade, à disposição do ser humano de ser afetado pelo mundo externo/interno por sensações ligadas a tonalidades agradáveis ou desagradáveis.” (MAHONEY; ALMEIDA, 2005, p.19). Essa capacidade de se afetar por sensações, faz com que os educadores tenham que ter sensibilidade com os educandos, não sendo importante apenas o conteúdo a ser apresentado, mas também as emoções ligadas a ele. O educador deve levar em conta “[...] a diversidade dos aspectos envolvidos no processo, ou seja, não podemos mais restringir a questão do processo ensino-aprendizagem apenas a dimensão cognitiva, dado que a afetividade também é parte integrante do processo.” (LEITE, 2006, p. 33).

Além da afetividade, os conceitos de emoção e atitude são fundamentais para o processo ensino-aprendizagem. Segundo Mahoney e Almeida (2005, p. 20) emoção “[...] é a exteriorização da afetividade, ou seja, é a expressão corporal motora.” Segundo o mesmo autor, a atitude “[...] é a expressão da combinação entre tônus (nível de tensão muscular) e intenção; cada atitude é associada a uma ou a mais situações.”

A afetividade está presente em todas as fases do desenvolvimento das pessoas, afetando diferentemente no processo do aprender. Segundo a teoria de Henri Wallon (MAHONEY; ALMEIDA, 2005, p. 28), no adulto há equilíbrio entre o afetivo e o cognitivo e os indicadores são a definição de valores, o comportamento conforme os valores assumidos, a responsabilidade pelas

conseqüências de seus valores e atos e o controle cortical sobre as situações que envolvem o cognitivo, o afetivo e o motor.

O principal aprendizado está relacionado com o fato de saber o que é e o que os outros esperam dele, considerando que os principais recursos de aprendizagem são: a convivência com o outro e as próprias experiências que se transformam em preceitos e princípios. Então, extrapolando esses conceitos para a saúde, as atividades educativas devem levar em conta a convivência dos grupos e a interação das experiências para promover mudanças de comportamentos.

Para Galvão (2008, p 37) “[...] o entendimento das condutas deve ser buscado, portanto, nas relações que se estabelecem entre o sujeito e o meio no qual elas se manifestam e na interação do sujeito com os outros meios nos quais se insere.” Observa-se que em todos os momentos é considerado o meio em que vivem os sujeitos e a interação entre eles.

É importante levar em conta que “[...] o ser humano pensa e sente simultaneamente e isso tem inúmeras implicações nas práticas educacionais” (LEITE, 2006, p. 32), pois em muitas atividades educativas em saúde lida-se com preconceitos e conhecimentos populares, que são contrários aos atuais conhecimentos científicos.

Dessa maneira, trabalhar a cultura popular, procurando introduzir conceitos e elementos da cultura científica, como também mudar comportamentos, condutas e atitudes de acordo com o contexto de vida dos sujeitos, em meio a uma atmosfera de afetividade, constitui o grande desafio do educador em saúde.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo são apresentados os tópicos referentes ao referencial teórico que fundamenta o desenvolvimento do trabalho, com base na filosofia e no método da hermenêutica, os dados relativos ao material levantado, buscando situar os elementos que compuseram o cenário e, ao mesmo tempo, constituíram o ambiente, onde se desenvolveu a pesquisa de campo.

#### 3.1.REFERENCIAL TEÓRICO

Para que fossem atingidos os objetivos traçados na elaboração dessa pesquisa, envolvendo a compreensão dos fenômenos educativos, tomou-se como referencial teórico fundamental o método hermenêutico. Suas origens históricas remontam ao século XV, quando se encontram os primeiros registros do emprego do termo, em sua aplicação na interpretação bíblica, especialmente após o surgimento do protestantismo.

O termo hermenêutica ressurgiu na modernidade e tem como conceito atual “[...] a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos.” (MINAYO, 1996, p. 220).

Historicamente, diz Palmer (1969 p.93), o termo ganha seu significado moderno com o primeiro filósofo da modernidade, Schleiermacher, assim comentando:

[...] em Schleiermacher, a hermenêutica transforma-se verdadeiramente numa “arte da compressão [...] a situação de compreensão pertence a uma relação de diálogo”. Em todas as situações desse tipo há uma pessoa que fala que constrói uma frase com sentido, e há uma pessoa que ouve. O ouvinte recebe uma série de meras palavras, e subitamente, através de um processo misterioso, consegue adivinhar o seu sentido. Este processo misterioso, um processo de adivinhação, é o processo hermenêutico. É o verdadeiro lugar da hermenêutica. A hermenêutica é a arte de ouvir.

Essa fase de Schleiermacher foi considerada como a hermenêutica psicológica. Após a morte de Schleiermacher em 1834, “Dilthey tinha como objectivo apresentar métodos para alcançar uma interpretação “objectivamente válida” das “expressões” da vida interior.” (PALMER, 1969, p 105). Dilthey procurava assegurar um espaço para as ciências humanas e sociais em contraponto ao crescimento das ciências naturais. Foi Dilthey quem “[...]”

ampliou o conceito de texto, que passou a ser estendido a qualquer objeto de compreensão, ou seja, sua proposta hermenêutica comporta o princípio de que a partir de um determinado contexto qualquer objeto pode ser lido como um texto”. (CAMPIGOTO, 2003, p. 2). Foi também a partir desse filósofo que se considerou o homem como um ser histórico.

A circularidade da compreensão tem outra consequência de grande importância para a hermenêutica; não há realmente um verdadeiro ponto de partida para a compreensão, pois todas as partes pressupõem as outras partes. Isto significa que não há compreensão sem pressupostos. (PALMER, 1969, p.126).

Após Dilthey, a hermenêutica passou a ser chamada de romântica. Então Heidegger, passou a procurar um método para hermenêutica, como os que eram usadas nas ciências naturais e usou os fundamentos da fenomenologia de Husserl, até então inacessíveis aos filósofos que o antecederam. Para isso. “[...] Heidegger dá o impulso final e define a essência da hermenêutica como o poder ontológico de compreender e interpretar, o poder que torna possível a revelação do ser das coisas e em última instância das potencialidades do próprio ser do *Dasein*.” (PALMER, 1969, p. 135). Considerava a compreensão como o poder de captar as possibilidades que cada um tem de ser. Foi Heidegger que definiu o círculo hermenêutico, que não deve ser confundido com um círculo vicioso. O círculo tem um sentido ontológico positivo e toda a interpretação correta tem que se proteger contra as arbitrariedades. “Para Heidegger, a compreensão é o poder de captar as possibilidades que cada um tem de ser, no contexto do mundo vital em que cada um de nós existe.” (PALMER, 1969, p. 135).

Como discípulo de Heidegger, Hans–Georg Gadamer tornou-se o principal teórico da hermenêutica filosófica, levando em conta as tradições. Segundo Hermann (2002, p. 41), “[...] seu trabalho parte de uma avaliação crítica do desenvolvimento da hermenêutica como encontrou em Schleiermacher, Dilthey e Heidegger.” Esse filósofo reestrutura a hermenêutica incluindo, em parte também, a filosofia hegeliana. A linguagem é seu foco principal. Tem como pressupostos que o homem como ser histórico é finito e se complementa na comunicação, e que a compreensão da comunicação, também é finita. (MYNAIO, 1996, p. 220).

A hermenêutica busca a compreensão dos fenômenos, que para Gadamer, só se opera pelo estranhamento, tendo uma identidade de oposição. A compreensão hermenêutica depende da pré-compreensão, da historicidade e da aplicação. A pré-compreensão depende de preconceitos e pressupostos como bases de nossa capacidade de compreender a historicidade, que está relacionada com as tradições. “Toda compreensão é preconceituosa e esse é parte constitutiva da estrutura de antecipação: é a condição para a compreensão de algo” (ANDRIOLI, p.2), pois são muito mais que seus juízos e fazem parte do seu ser. É importante que tenhamos consciência de nossos preconceitos para que esses não interfiram na compreensão adequada, fazendo que a nossa percepção se altere por isso. “Na perspectiva da hermenêutica gadameriana, o critério de validade do conhecimento está na própria dinâmica da interpretação: a compreensão se efetua quando o sentido se completa.” (CAMPIGOTO, 2003, p13).

A compreensão hermenêutica leva em consideração o momento vivido pelos sujeitos envolvidos no objeto da compreensão, sendo por isso histórica. Não há como compreender uma fala ou um texto com os nossos conceitos, sem levar em considerações as condições do momento em que foram produzidos. A hermenêutica busca interpretar e compreender os fenômenos humanos sendo apropriada para compreensão do sujeito que adocece e dos processos saúde-doença e seus desdobramentos. Para isso é necessário que

Se parta da noção da doença como construção cultural; do sujeito como integralidade que abrange componentes biológicos, psicossociais e culturais; das ciências da saúde como um conjunto de saberes que isoladamente, não dão conta da interpretação dos fenômenos saúde e doença; da saúde como algo recôndito, que não se impõe ao interprete, devendo ser desvelado; do tratamento como arte de curar; do processo saúde doença como objeto de estudo da ciência da saúde e de outras áreas envolvidas no processo de restituição da saúde ao sujeito (GAZZINELLI, 2006, p.39).

Ainda “[...] a compreensão, diz Gadamer, é sempre um evento histórico, dialético, lingüístico - nas ciências, nas ciências humanas, na cozinha. A hermenêutica é a ontologia e a fenomenologia da compreensão.” (PALMER, 1969, p. 216). Para Gadamer (2007), a linguagem falada pode ser compreendida através da hermenêutica e, em seu livro Verdade e Método, afirma ser a conversação um problema em que se busca chegar a um acordo. Faz parte de toda verdadeira conversação considerar realmente o outro, deixar

valer seus pontos de vista e colocar-se no lugar do outro, não no sentido de se entender a individualidade, mas no que se tenta entender o que se diz (GADAMER, 2007), conforme explica Palmer (1969, p. 169-170):

A abordagem de Gadamer está mais próxima da dialéctica socrática do que do pensamento moderno, manipulativo e tecnológico. A verdade não se alcança metodicamente mais dialecticamente; a abordagem dialéctica da verdade é encarada como a antítese do método; ela é de facto um meio de ultrapassar a tendência que o método tem de estruturar previamente o modo individual de ver.

Após Gadamer, surgem as concepções do teórico Paul Ricoeur, que entende a hermenêutica como a teoria das regras que governam uma exegese. Esse filósofo olha a hermenêutica com base na teoria crítica, fazendo um diálogo entre hermenêutica e dialéctica.

No processo ensino aprendizagem de qualquer nível “[...] a relação professor /aluno é uma relação de transmissão e construção do conhecimento que se dá pelo fio condutor da linguagem, função simbólica, a qual implica a interpretação como elemento intrínseco nesse campo relacional.” (PRESTES, 1998, p. 13)

Pelas abordagens teórico-conceituais comentadas, a escolha da hermenêutica, neste trabalho, teve por princípio buscar a fundamentação da hermenêutica para analisar o processo educativo em saúde, no qual a linguagem tem papel fundamental.

Neste sentido, a hermenêutica foi usada para a compreensão profunda dos fenômenos educativos coletivos das Unidades de Saúde da Família e o desvelamento do processo educativo sobre saúde-doença, suas representações para os sujeitos da comunidade e para os trabalhadores de saúde, na capacidade de promoção à saúde, que é o objetivo principal da Atenção Primária à Saúde.

No início parte-se das informações de caracterização espacial e das características da população envolvida no estudo, para elaboração da pré-compreensão. Essa análise está apresentada no tópico seguinte. Ainda na fase de pré-compreensão procurou-se realizar uma revisão teórica da educação em saúde desde o início do século passado. Para complementar a fase de pré-compreensão, fez-se uma revisão sobre educação em saúde e as concepções pedagógicas empregadas na saúde. Após o levantamento de dados e o

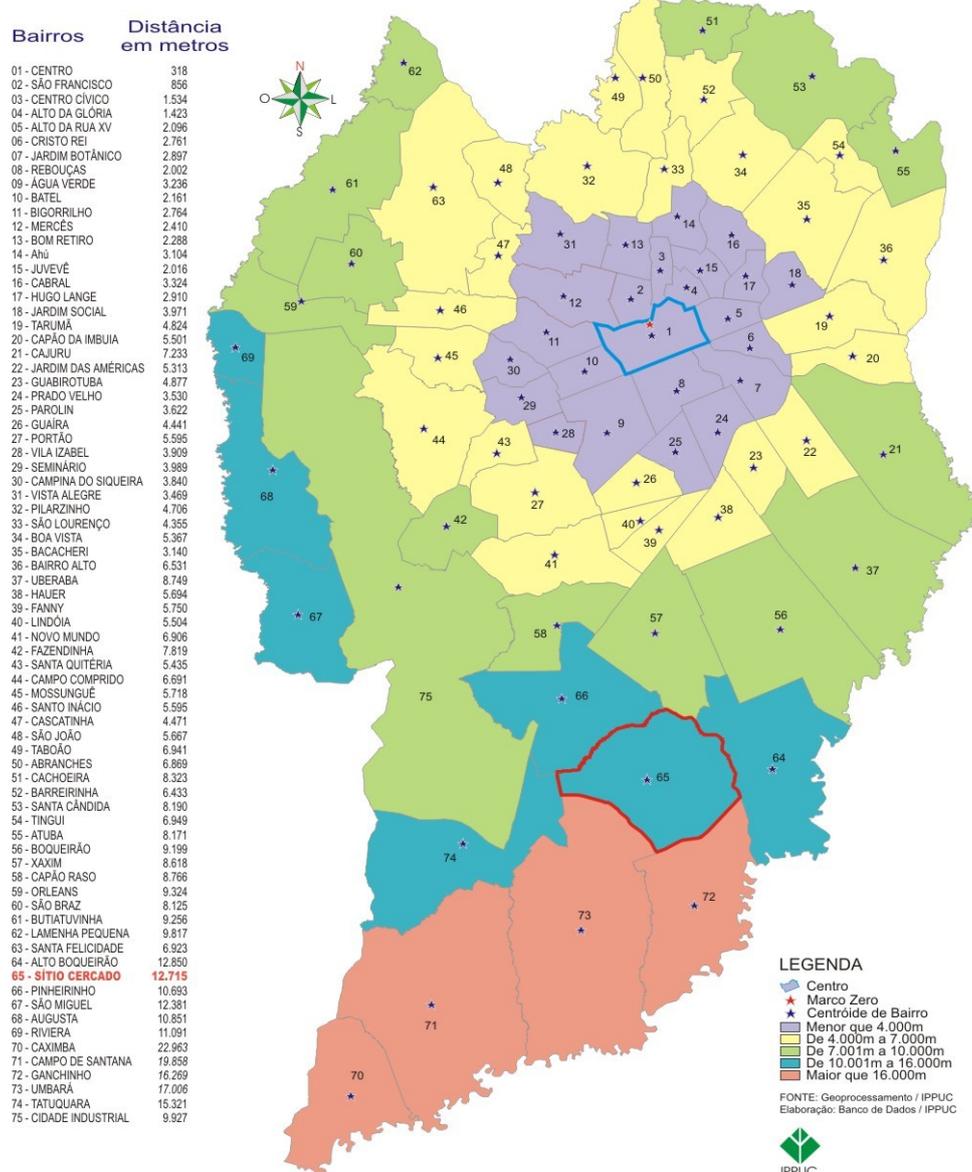
distanciamento do objeto, pode-se operar a compreensão do fenômeno educativo nas Unidades de Saúde da Família do DSBN na cidade de Curitiba, que é o objetivo principal desse estudo, fechando assim, o *Círculo Hermenêutico* (grifo do pesquisador), propriamente dito.

### 3.2. Recorte Espacial

O estudo foi realizado na cidade de Curitiba, no Distrito Sanitário Bairro Novo, em três Unidades de Saúde, compostas por equipes de Saúde da Família. Cada equipe é responsável por micro-áreas. O Distrito Sanitário Bairro Novo, localiza-se na região sul da cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, cuja população é de 1.727.010 habitantes (estimativa IBGE/2004).

## Mapa - 1

### Curitiba - Distância dos bairros ao marco zero



NOTA: As distâncias foram obtidas através da medição da distância em linha reta do centro geográfico do bairro até o marco zero de Curitiba, o ponto mais central da cidade, localizado na Praça Tiradentes.

O município de Curitiba é dividido em nove regiões administrativas: Bairro Novo, Pinheirinho, Portão, Cidade Industrial, Boqueirão, Cajuru, Matriz, Boa Vista e Santa Felicidade. A Secretaria de Saúde denomina essas regiões administrativas de Distritos Sanitários. Segundo Mendes (1999, p.167): a definição inicial do território de um Distrito Sanitário depende de critérios de natureza político-administrativa, que estão vinculados à administração Municipal e fazem parte do processo de descentralização da saúde.

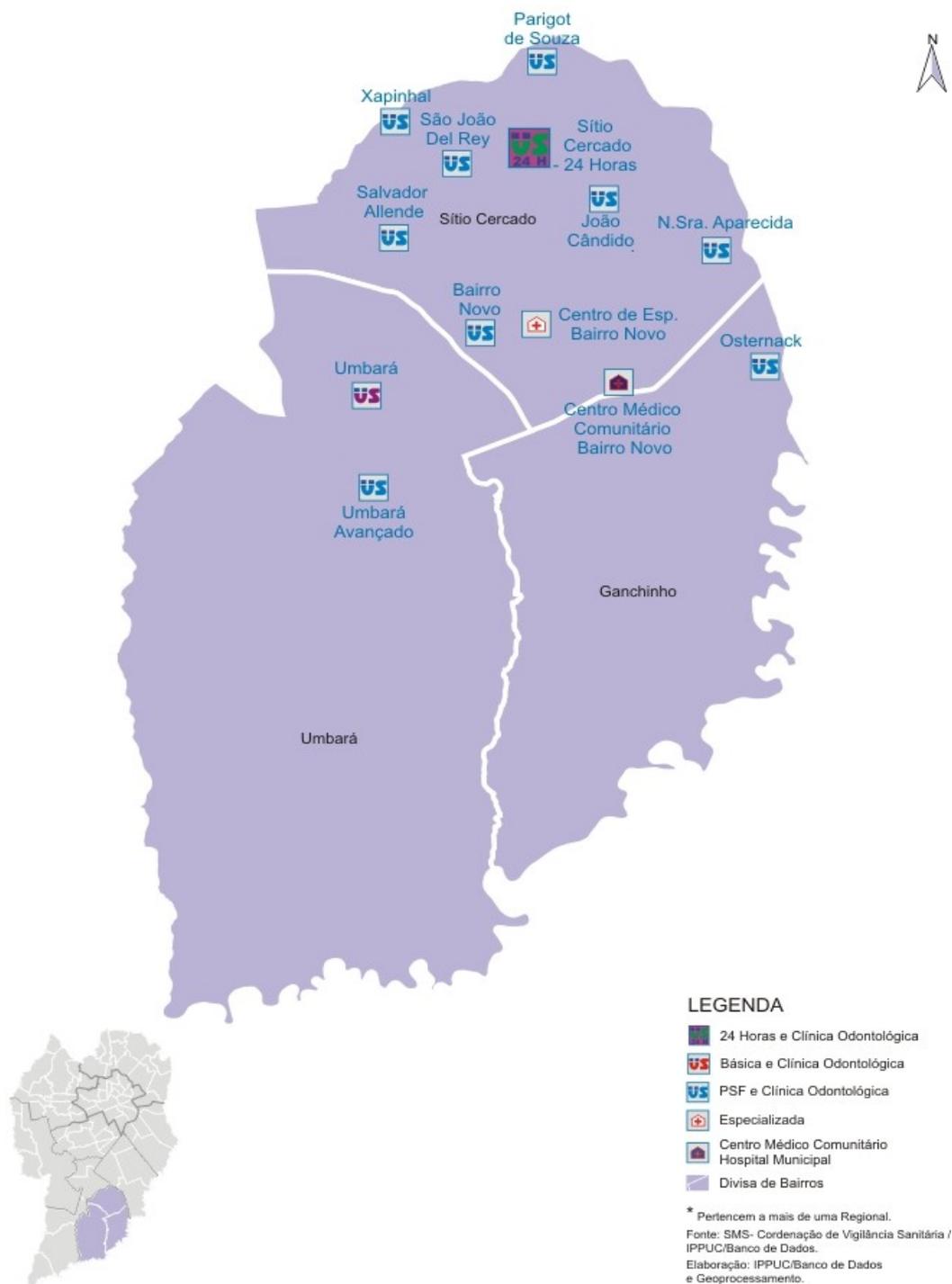
**Mapa – 2**

Fonte: IPPUC

O Distrito Sanitário Bairro Novo (DSBN) é composto pelos seguintes Bairros: Sítio Cercado, Ganchinho e Umbará. No DSBN existem doze Unidades de Saúde com seu respectivo território de atuação: as áreas de abrangência, cujos limites são baseados em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo populacional. A área de abrangência deve ser constituída por conglomerados de setores censitários (MENDES, 1999, p. 223).

As Unidades Municipais de Saúde (UMS) do Distrito Sanitário Bairro Novo são: UMS Xapinhal, UMS São João Del Rey, UMS Parigot de Souza, UMS Salvador Allende, UMS Nossa Senhora Aparecida, UMS Osternack, UMS João Candido, UMS Umbará, UMS Umbará avançado, Centro de especialidades Bairro Novo, Centro Municipal de Urgências Médicas Sítio Cercado, além do Centro Comunitário Bairro Novo, maternidade de baixa complexidade com atendimento hospitalar materno infantil, há também a recém inaugurada UMS Sambaqui.

**Mapa - 3**  
**Unidades Municipais de Saúde por Distrito Sanitário na**  
**Regional Bairro Novo em Curitiba - 2006**



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

:: Rua Bom Jesus, 689 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 3250-1414 :: Fax (41) 3254-8661 :: E-Mail [ippuc@ippuc.org.br](mailto:ippuc@ippuc.org.br) ::

As Unidades de Saúde são divididas em Equipes de Saúde da Família. Cada Equipe é responsável por micro-áreas de risco que são “[...] definidas

segundo a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições objetivas de existência.” (MENDES, 1999, p.168).

Cada Unidade de Saúde tem entre doze a quinze micro-áreas. Essas micro-áreas são agrupadas em número de quatro a cinco sob responsabilidade de cada Equipe de Saúde da Família. Em média há três Equipes de Saúde da Família por Unidade de Saúde. Nas Equipes de Saúde da Família, em Curitiba, atuam profissionais de odontologia: um dentista, um técnico em higiene dental, um auxiliar de consultório dentário. Profissionais de enfermagem: um enfermeiro e quatro a cinco auxiliares de enfermagem. Um médico e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo um ACS para cada micro-área.

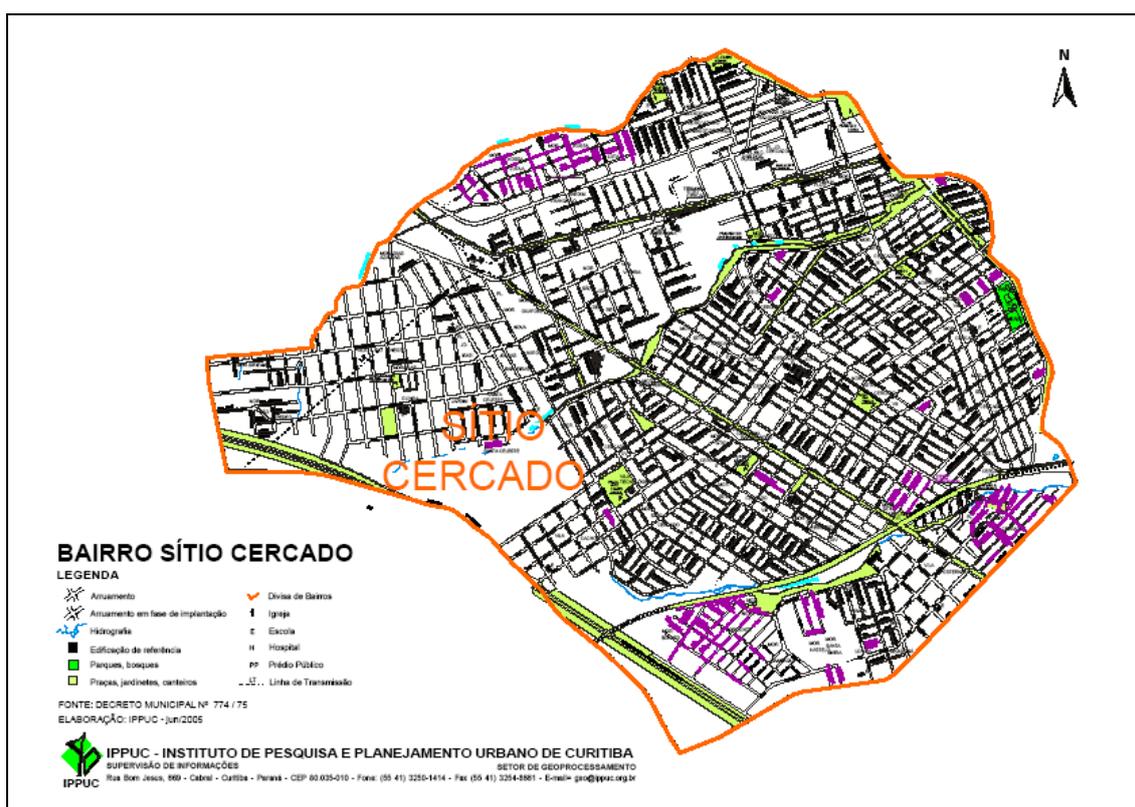
A população total do Distrito Sanitário Bairro Novo é 124.421 habitantes distribuídos da seguinte forma: 102.410(82,3 %) habitantes no bairro Sítio Cercado, 73259 (5,9 %) habitantes residentes no bairro Ganchinho, 14686 (11,8%) habitantes residentes no bairro Umbará.

Segundo informações do site oficial da Prefeitura Municipal de Curitiba, acessado em 27/01/07, os Bairros que compõem o Distrito Sanitário Bairro Novo tem as seguintes histórias:

Sítio Cercado: Laurindo Ferreira de Andrade era o proprietário de 180 alqueires de terra ao sul da cidade de Curitiba. A maior parte das terras estava cercada pelas águas, o que deu origem ao nome Sítio Cercado.

Por volta de 1945, os filhos do Sr. Laurindo venderam a metade das terras para os leiteiros alemães do Boqueirão e, em 1952, desfizeram-se do restante, que foi adquirido por várias famílias que iniciaram os loteamentos. A família Ferreira ainda possui lotes na região, onde estava situada a casa original do Sítio Cercado. Os moradores plantavam laranjas, mimosas, figos, pêssegos, batata e feijão, e possuíam criações de gado suíno e bovino.

Mapa - 4



Umbará: O nome Umbará surgiu em consequência da constituição argilosa do solo da região que, em tempos de chuva, formava grande quantidade de barro nos caminhos: “um bará”, ou seja, um barro só, segundo a tradição oral do povo. A localização do bairro, facilitando o escoamento da produção econômica e a exportação da erva-mate, proporcionou a chegada dos primeiros caboclos e mestiços brasileiros. Os colonos alemães, poloneses e, no final do século XIX, italianos, estabeleceram-se com o incentivo do governo provincial à política migratória, visando à ocupação dos espaços vazios.

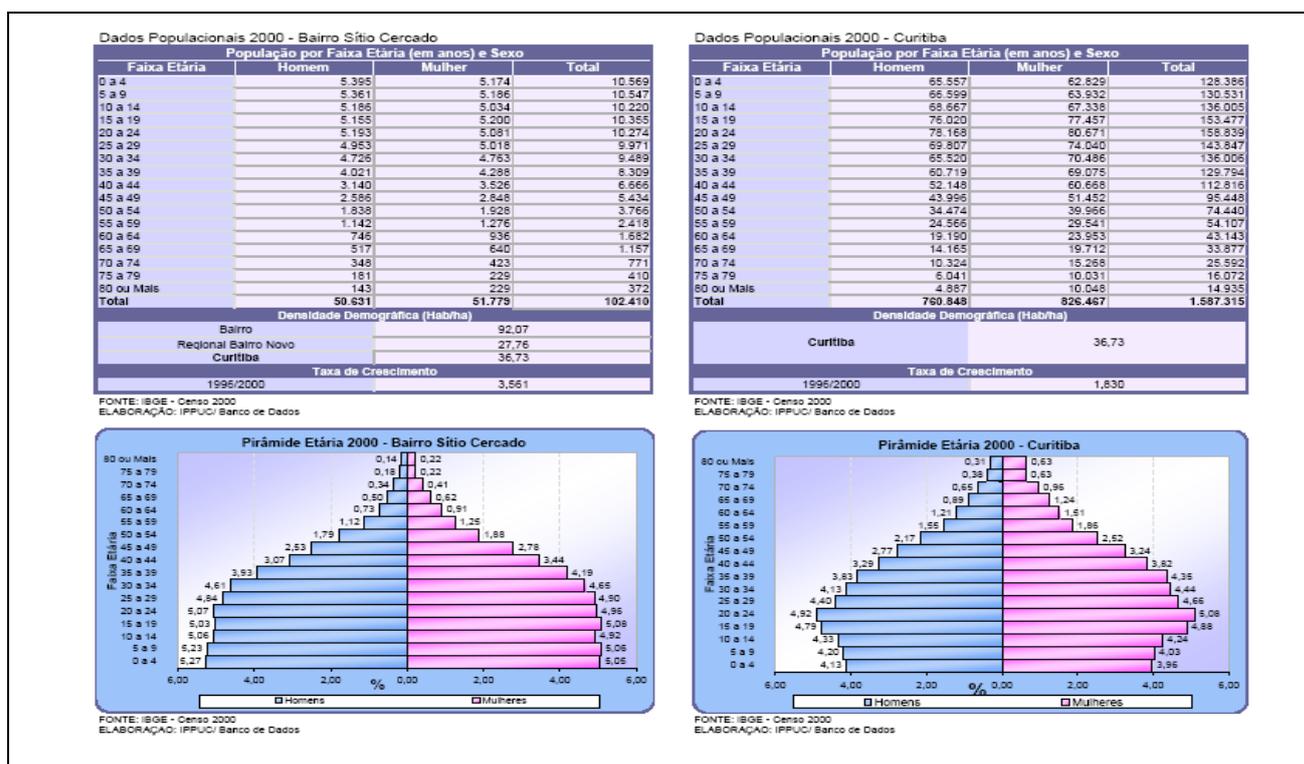
Ganchinho: Assim como o seu bairro vizinho Umbará, o Ganchinho também foi utilizado pelos tropeiros de mate como caminho entre os Campos de Curitiba e São José dos Pinhais, constituindo o “Caminho do Arraial Grande”. Esse fato facilitou o escoamento da produção econômica de diversas regiões e contribuiu para a fixação dos primeiros colonizadores. A delimitação dos bairros de Curitiba, definida em 1975, marcou o território do Ganchinho como sendo aquele localizado entre o Sítio Cercado, o Alto Boqueirão, o Umbará e o Município de São José dos Pinhais.

Como a maioria da população do Distrito Sanitário Bairro Novo é pertencente ao Bairro Sítio Cercado e como as Unidades de Saúde escolhidas para a pesquisa são pertencentes a esse Bairro, serão analisados os dados a seguir apenas desse bairro.

Trata-se de um bairro com forte presença de conjuntos habitacionais, setenta e oito ao todo, já construídos e vários em construção.

Quanto à religião 66,24% da população declara-se católica e 24,72% evangélica. Quanto à origem dos moradores 62,8% vieram de cidades do interior do estado e 8,9 da região metropolitana de Curitiba. A população é bastante jovem com uma pirâmide etária de base larga, mais ou menos 50 % da população têm menos de 24 anos.

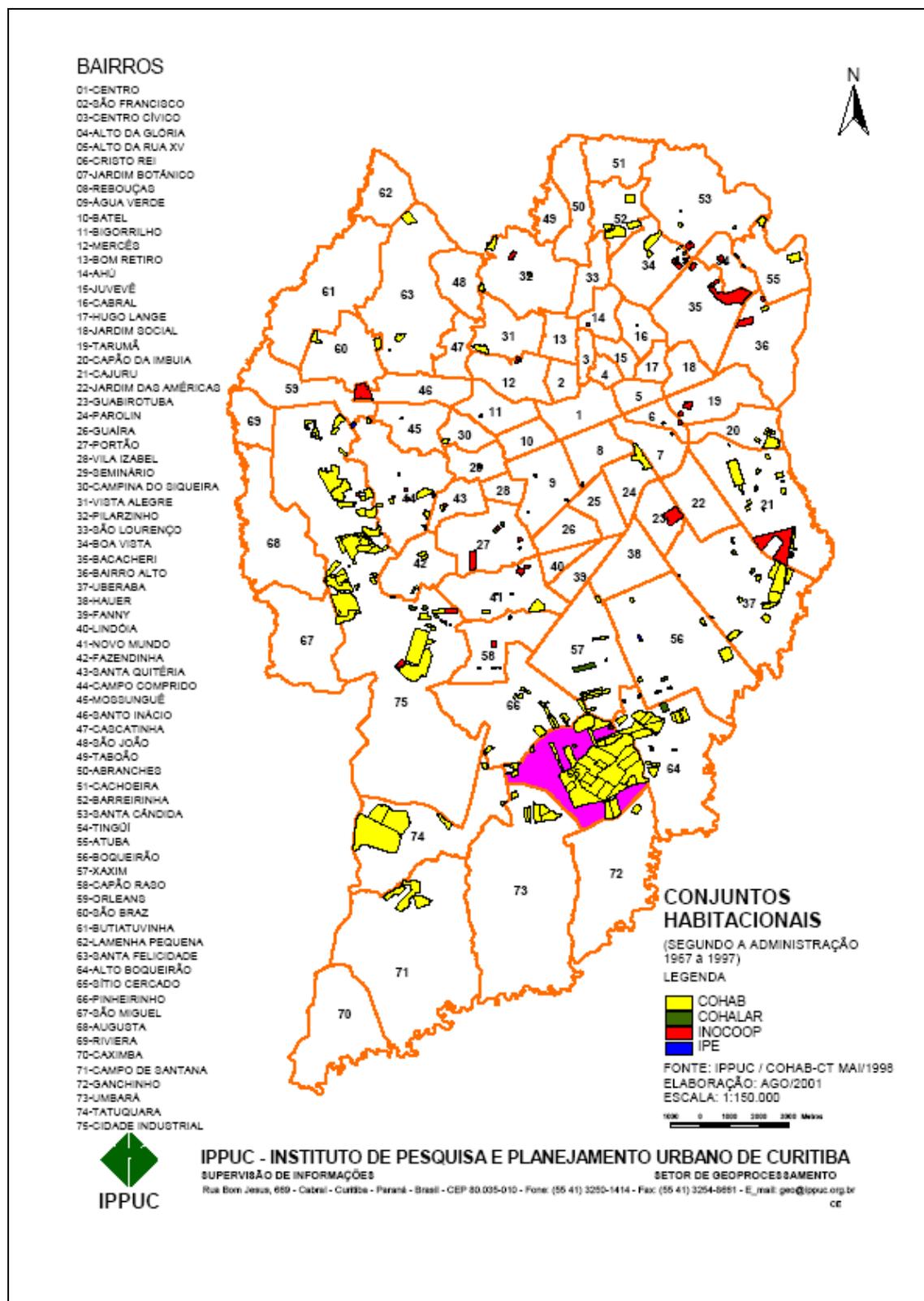
**Tabela - 1**



A renda mensal média é de R\$ 596,23, considerando que a maioria situa-se na faixa de renda de três a cinco salários mínimos ao mês. É uma população composta na maioria por pessoas que vieram do interior do Estado do Paraná, moradores de conjuntos habitacionais e com renda média de quatro a sete salários mínimos.

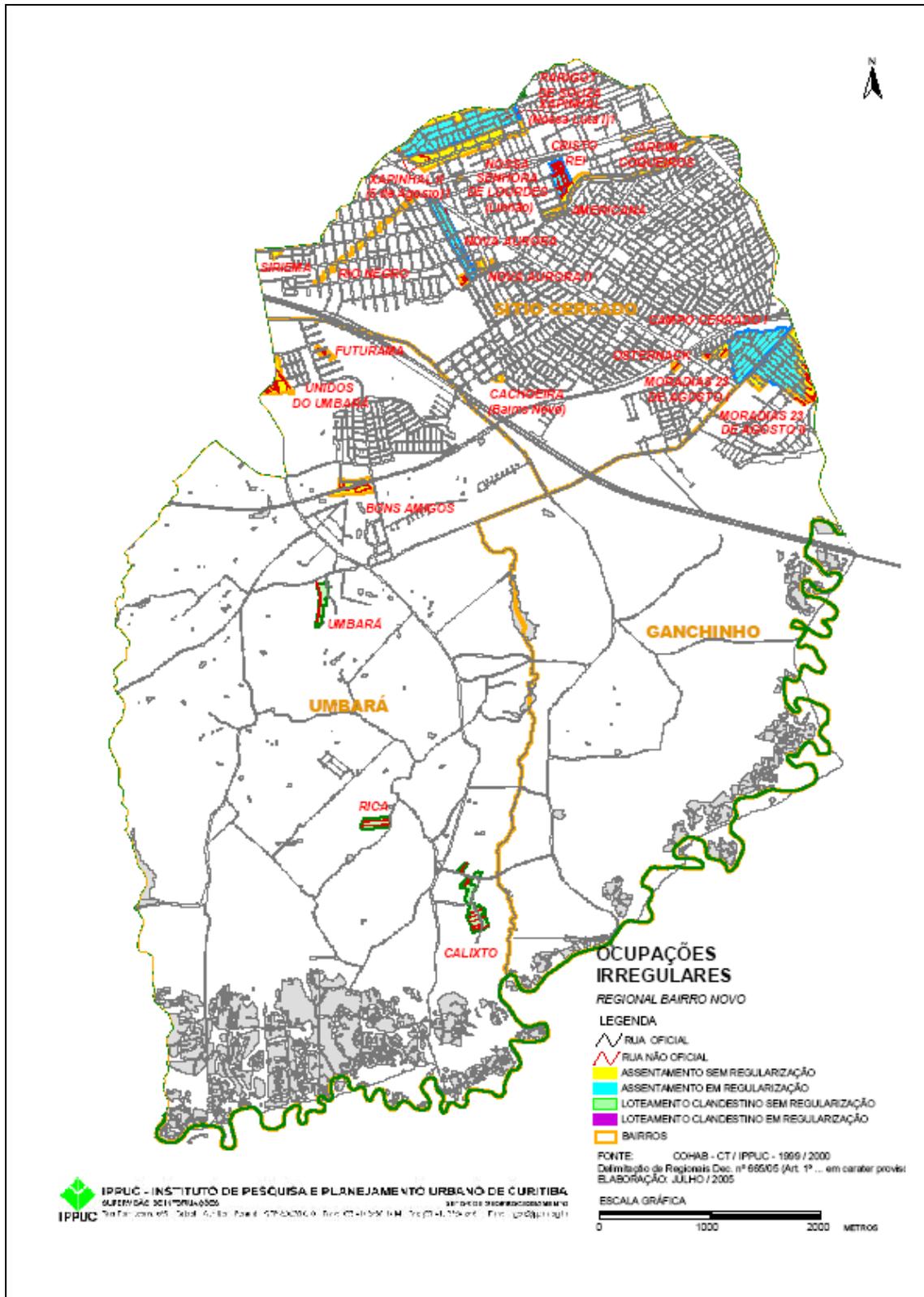
Observa-se na figura abaixo o bairro Sitio Cercado em destaque com evidente concentração de conjuntos habitacionais da cidade.

Mapa - 5



Há algumas regiões de ocupação irregular, a maioria, entretanto, é de áreas legalizadas. Proporcionalmente a outras regiões de Curitiba, o número de ocupações irregulares é insignificante, conforme Mapa 6.

Mapa - 6



Os moradores do Bairro contam com uma população jovem de 94,66% maiores de 15 anos, considerados alfabetizados pelo censo de 2000, a maioria contando com quatro a sete anos de ensino formal.

**Tabela - 2**

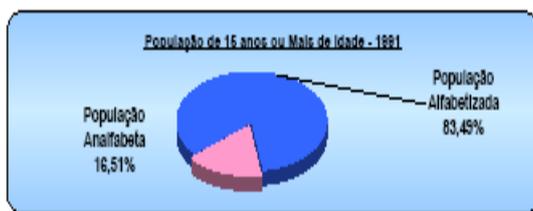
### Bairro Sítio Cercado - Dados Educacionais

Alfabetismo e Analfabetismo da População de 15 anos ou Mais de Idade.

Ano	População Total	População de 15 anos ou mais de idade		
		Total	População Alfabetizada	População Analfabeta
1991	52.498	33.722	28.154	5.568
2000	102.410	71.074	67.281	3.793

FONTE: IBGE - Censo 1991/2000

ELABORAÇÃO: IPPUC/ Banco de Dados

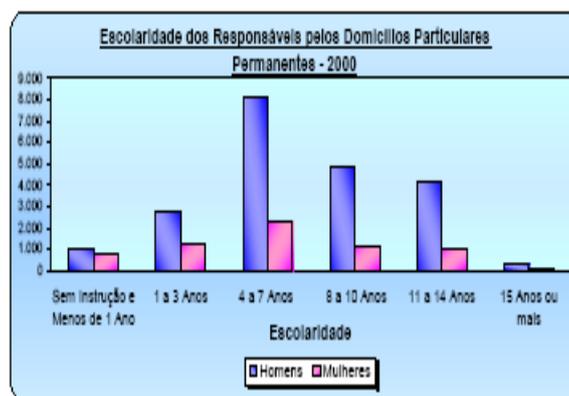


Escolaridade de Pessoas Responsáveis pelos Domicílios Particulares Permanentes por Grupos de Anos de Estudos - 2000

Sexo	Total	Responsáveis pelos Domicílios Particulares Permanentes					
		Sem Instrução e Menos de 1 Ano	1 a 3 Anos	4 a 7 Anos	8 a 10 Anos	11 a 14 Anos	15 Anos ou mais
Homens	21.200	983	2.801	8.075	4.860	4.201	280
Mulheres	6.605	831	1.224	2.284	1.148	1.022	99
Indeterminados	109	-	-	-	-	-	-
Total	27.914	1.814	4.025	10.359	6.008	5.223	379

FONTE: IBGE - Censo 2000

ELABORAÇÃO: IPPUC/ Banco de Dados



Equipamentos Urbanos de Educação	Quantidade
Bibliotecas Fundação Cultural - 2005	-
Fóruns do Saber - 2005	-
Centro de Integração Social - 2004	-
Centro Municipal Atendimento Especializado - 2005	-
Centro de Educação Infantil Conveniado - 2005	-
CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil - 2005	-
Escolas Estaduais - 2004	4
Escolas Municipais - 2005	1
Escolas Particulares - 2001	8
Faculdades - 2004	-
Campus - 2004	-
Universidade - 2004	-
Laboratório de Ensino - 2004	-
ECOO - Pla Ambiental - 2005	-
Pla - 2005	-

FONTE: SME, IPPUC

ELABORAÇÃO: IPPUC/ Banco de Dados

População Residente de 5 Anos ou Mais de Idade Alfabetizada do Bairro Sítio Cercado, Curitiba - 2000

População Residente de 5 Anos ou Mais de Idade	
Grupos de Idade	Alfabetizada
5 a 9	6.636
10 a 14	10.096
15 a 19	10.265
20 a 24	10.153
25 a 29	9.819
30 a 34	9.305
35 a 39	8.063
40 a 49	11.348
50 a 59	5.337
60 anos ou mais	2.991
Total	84.013

FONTE: IBGE - Censo 2000

ELABORAÇÃO: IPPUC/ Banco de Dados

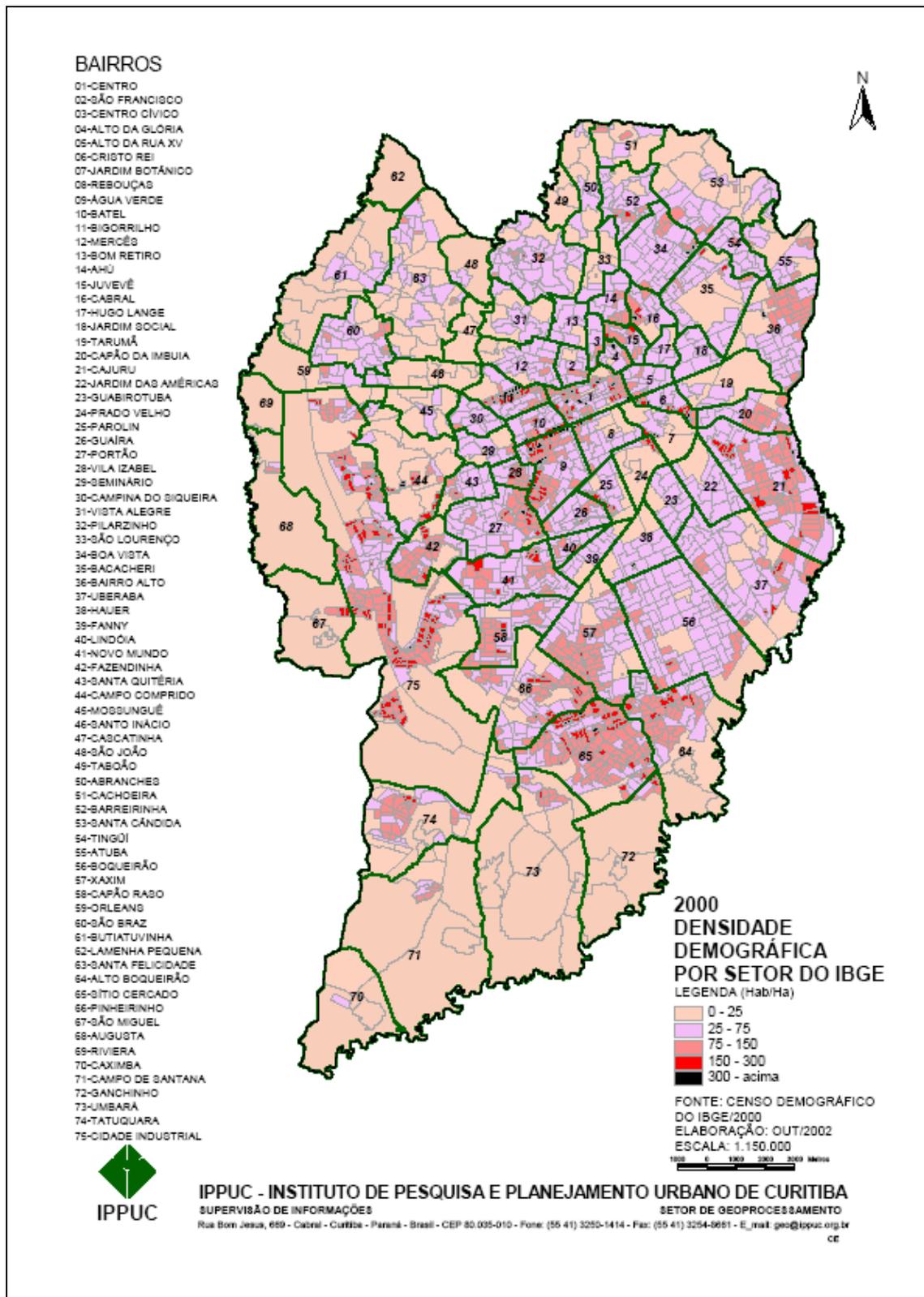
As micro-áreas consideradas de risco social são poucas. Pela grande importância numérica de migrantes do norte do Paraná há a característica peculiar de mistura de culturas, evidenciadas pelos diferentes sotaques percebidos nas entrevistas de campo. A ocupação do território é recente.

Durante os dias úteis a maior parte da população não está no bairro, pois se encontra trabalhando em outras regiões da cidade, embora o bairro seja bem servido de transporte coletivo urbano, a distância determina que a permanência nos trajetos de idas e vindas ao trabalho sejam bastante longos. A região é especialmente bem servida de Unidades de Saúde já que a população é na sua maioria usuária do Sistema Público de Saúde.

Este contexto permite compreender os sujeitos que freqüentam as Unidades de Saúde no Distrito Sanitário Bairro Novo, com um história cultural característica, cujas crenças e percepções da saúde dos seus locais de origem convivem com as do local onde hoje moram, no qual a densidade populacional é muito maior que no interior (Mapa 7), acelera as trocas culturais.

As comunidades que são atendidas pelas Unidades Municipais de Saúde, são da classe trabalhadora, explorada e oprimida. A maioria veio para as grandes cidades em busca de uma vida melhor, expulsas da zona rural, onde viviam em condições ainda piores de exploração. Fazê-los se reconhecer como oprimidos em condições de lutar para a mudança dessa condição deveria ser tarefa dos serviços de saúde, pois “[...] somente os oprimidos, libertando-se podem libertar os opressores, estes, enquanto classe que oprime, nem libertam, nem se libertam.” (FREIRE, 2005, p.48). Este contexto acaba por reforçar a prática tradicional das atividades educativas nas Unidades de Saúde, que ocorrem historicamente, calcadas na pedagogia tradicional e prescritora.

Mapa - 7



### 3.3 As Unidades de Saúde selecionadas.

Para compreender as atividades educativas, em Unidades de Saúde da Família, no Distrito Sanitário Bairro Novo, da Cidade de Curitiba, iniciou-se com a seleção das Unidades de Saúde a serem estudadas. As atividades educativas que foram foco desse estudo são as realizadas com as comunidades que são atendidas pelas Unidades de Saúde selecionadas.

#### 3.3.1 Distrito Sanitário e as Unidades de Saúde:

Em junho de 2000, todo o Distrito Sanitário Bairro Novo passou a trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, complexo de atendimento da saúde que se constituiu em objeto de estudo desta pesquisa.

Dentre as Unidades de Saúde, têm-se a Unidade de atendimento emergencial, chamada de Unidade 24 horas, que foi excluído do estudo, pois não se dedica a atividades educativas. Nas Unidades de Saúde restantes existem quatro Unidades de Saúde, onde existia residência médica em Saúde da Família, no momento do estudo (UMS João Candido, UMS Osternack, UMS Salvador Allende e UMS Xapinhal), realizada por equipes multidisciplinares, ligadas à Faculdade Evangélica do Paraná e à Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Essas duas Unidades também foram excluídas do estudo, pois contam com profissionais externos ao quadro fixo da saúde e têm caráter acadêmico, pois desenvolvem atividades diferenciadas que não se enquadravam nos objetivos da pesquisa, uma vez que não iriam corresponder à realidade das Unidades de Saúde. Foi excluída também do estudo a Unidade de Saúde São João Del Rey, onde a pesquisadora trabalha há dois anos e é uma das funcionárias que fazem as atividades educativas, podendo com isso comprometer o resultado do estudo. Restaram então cinco Unidades de Saúde, que trabalham com Programa de Saúde da Família.

Duas Unidades de Saúde são recentes, UMS Umbará e UMS Umbará avançado, que também foram excluídas do estudo, pois os programas de acompanhamento estão em fase de estruturação.

A aceitação de estagiários de cursos de pós-graduação modificou-se ao longo da realização desse trabalho, mas a escolha realizada no início do projeto foi mantida. Basicamente todas as Unidades de Saúde do Bairro Novo recebem estagiários dos mais diversos cursos e de diferentes faculdades e universidades mediante acordo com a Prefeitura Municipal de Curitiba. Porém poucos desses estagiários trabalham com atividades educativas e quando o fazem é de maneira pontual, não tendo um planejamento de atividades. Torna-se importante pontuar tal situação, pois, em alguns momentos, os sujeitos envolvidos, citam esse fato. Como é uma particularidade de quase todo o Sistema Público de Saúde, esse fato não foi considerado fator excludente para as Unidades de Saúde.

Nesse estudo, portanto a pesquisa direcionou-se para as atividades educativas relacionadas ao Programa de Saúde do Adulto, especificamente do programa de portadores de hipertensão arterial de três Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Bairro Novo, UMS Bairro Novo, UMS Parigot de Souza, UMS Nossa Senhora Aparecida.

A Unidade de Saúde Bairro Novo, tem como diferencial uma Unidade de Saúde da Família que se constitui num centro de especialidades, onde se realizam consultas por especialistas e exames complementares. A Unidade de Saúde conta com a particularidade de ter seus funcionários vinculados à Sociedade Beneficente Evangélica (SEB), ligada ao Hospital Evangélico do Paraná, com exceção da chefia e dos médicos. Isto faz com que eles não tenham a condição de estatutários, com garantia de estabilidade no emprego. Tem também como particularidade, estar transferindo parte da população que é atendida nesta Unidade, para uma nova Unidade de Saúde, que foi inaugurada ainda no período de realização desta pesquisa, a UMS Sambaqui.

A Unidade Bairro Novo trabalhava com quatro equipes e, no momento da pesquisa, está em fase de readequação para três equipes, atuando em uma área de aproximadamente 16 mil pessoas. Por ter ligação com a Faculdade Evangélica é campo de estágio de vários cursos de graduação.

A Unidade de Saúde Parigot de Souza foi à primeira Unidade de Saúde 24 horas de Curitiba, no início dos anos 90. Agora trabalha como Unidade de Saúde da Família, tem quatro equipes de saúde e uma população estimada de

vinte mil usuários. Tem como particularidade não fazer o programa de Hipertensos na comunidade, mas apenas na Unidade de Saúde.

A Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, é a mais recente das Unidades de Saúde e tem três equipes. Têm em sua área muitos dos conjuntos habitacionais em construção, do Programa Federal de Habitação, em parceria com a Prefeitura Municipal de Curitiba. No momento da Pesquisa alguns apartamentos estavam sendo entregues e outros em fase final de construção, tendo uma perspectiva de grande aumento da população.

Em todas as Unidades de Saúde existem programas de atenção a determinadas patologias e/ou faixas etárias referentes à Saúde do Adulto (doenças crônicas degenerativas como hipertensão e diabetes), à Saúde da Criança (puericultura), à Saúde da Mulher (Pré-natal, prevenção de câncer, planejamento familiar e climatério) e à Saúde mental (transtornos mentais).

Escolheu-se então o Programa de Saúde do Adulto, pois neste programa as pessoas participam contínua e constantemente. A partir do momento da inscrição, dificilmente há alta, apenas por óbito ou mudança de domicílio. As pessoas inscritas são adultas e alvo das atividades educativas. No Programa de Saúde do Adulto foram escolhidos os portadores de hipertensão arterial. Em cada Unidade de Saúde tem diferentes formas de trabalhar com os grupos específicos.

Cabe salientar alguns aspectos da hipertensão arterial para melhor compreensão das falas dos sujeitos.

### 3.4. Um pouco sobre Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), fator de risco para doenças cardiovasculares, acomete em torno de vinte por cento da população adulta. Segundo o Ministério da Saúde (2002, p. 3) “no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos e as doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus tem destacada posição nesses coeficientes de morbimortalidade.” A hipertensão arterial despende elevados recursos do sistema de saúde, pois o tratamento de suas

complicações exige atendimento de alta complexidade e procedimentos de alto custo.

Os dados a seguir constam das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, de 2006, apresentadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em conjunto com a Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Essa patologia é considerada como fator de risco independente, linear e contínuo para doenças cardiovasculares como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. É caracterizada pelo aumento dos níveis tensionais da pressão arterial sangüínea dos indivíduos. Cerca de noventa por cento dos doentes tem causas multifatoriais, sendo então chamada de hipertensão essencial de caráter crônico. O restante tem causa definida e tratamento com possibilidade de reversão do quadro.

Em 2003, no Brasil 27,4% dos óbitos foram por doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial explica 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral e 25 % daquelas por doença coronariana. Tem como fatores de risco para a hipertensão arterial o aumento da idade, consumo excessivo de sal, obesidade, consumo de álcool e sedentarismo. A dificuldade para o tratamento de parte dos portadores dessa patologia, reside no fato de não apresentarem sintomas, o que dificulta a aderência ao tratamento.

Também algumas pessoas apresentam efeitos colaterais com o uso de medicamentos. Além do tratamento medicamentoso, múltiplas causas geram comprometimentos na qualidade de vida dessas pessoas. Algumas recomendações médicas são fundamentais para se obter resultados positivos no tratamento, como a adoção de um estilo de vida saudável, com controle de peso, dieta rica em frutas e vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais, redução no consumo de sal, moderação no consumo de álcool e habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas, pelo menos por trinta minutos ao dia, três a cinco dias por semana. O consumo abusivo de sal é o fator desencadeante mais importante e deveria ser desestimulado em pessoas de risco em desenvolver hipertensão, desde a infância.

Por ser uma “doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com apoio de vários profissionais.” (V DIRETRIZES [...], 2006, p.17).

Em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, que são considerados como padrão ouro para pesquisas clínicas, encontrou-se evidências de que a restrição de sal na dieta, dieta pobre em gorduras, rica em frutas e em vegetais, atividade física, suplementação de potássio, cessação do tabagismo e perda de peso, estão relacionados direta ou indiretamente com o controle da hipertensão arterial em graus variados, sendo considerados provavelmente benéficos (STEIN, 2005, p. 52-53). Com isso evidencia-se a importância das atividades educativas, pois a mudança de hábito de vida é parte do tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Essas medidas de tratamento não medicamentosas são aceitas universalmente e podem ser efetivas. “No estudo TONE, 84% dos pacientes idosos hipertensos que tiveram sua medicação anti-hipertensiva suspensa tiveram que retomá-la, contra somente 56% dos alocados a uma dieta hipossódica e hipocalórica.” (DUNCAN, 2004, p.646).

Para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a prevenção de suas conseqüências, é necessária a compreensão dos fatores envolvidos na doença, de suas inter-relações, de suas complicações que implicam, muitas vezes, na mudança de hábitos de vida.

A educação em saúde é o primeiro passo do tratamento e parte integrante de todo o processo terapêutico, pois as mudanças são lentas e graduais para a diminuição do risco cardiovascular e o impacto causado pela doença, notadamente, na população alvo desta pesquisa.

A mudança de comportamento é difícil, pois normalmente os hábitos estão arraigados, sendo necessária a contribuição da educação para esta mudança. Segundo o Ministério da Saúde (2002, p. 3),

Os dados obtidos pelo Programa Nacional de Educação em Hipertensão Arterial, desenvolvido pelo *National Heart Lung and Blood Institute* dos Estados Unidos apontam para o fato de que à medida que aumenta a conscientização sobre a HA, aumenta o número de indivíduos diagnosticados e em tratamento e conseqüentemente melhora o controle da doença. Apesar dos resultados pouco significativos relativos ao controle da doença, o programa obteve um impacto importante na diminuição das complicações. Programas de educação deste tipo podem ter um impacto importante na prevenção das complicações das doenças cardiocirculatórias.

Uma das dificuldades no tratamento é a falta de aderência ao Programa, ou seja, as pessoas têm que aderir, desejar, participar do Programa. “É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso” (V DIRETRIZES, 2006, p.10) Esses pacientes normalmente são acometidos por outras patologias concomitantemente, o que muitas vezes dificulta a adesão ao tratamento. Como os hábitos alimentares são associados a altas ingestões de sal e gordura em nossa cultura, a mudança alimentar requer uma alteração em condutas dietéticas arraigadas desde a infância.

Segundo alguns estudos “a adesão do (a) cliente hipertenso (a) a um programa eficaz está sendo um desafio aos profissionais de saúde” (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002, p. 293).

O tratamento medicamentoso deverá ser sempre associado ao não-medicamentoso e a escolha da medicação apropriada dependerá de fatores individuais e da presença de doenças associadas. As Unidades de Saúde dispõem de medicações que são distribuídas a população que necessita, mediante um cadastro em programa de hipertensos e a exigência frequentarem programas de controle. Os percentuais de controle de pressão arterial são baixos e alguns estudos apontam para faixas entre 20 a 40% de controle (V DIRETRIZES, 2006, p.28).

As principais causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, estão listadas no quadro 1, onde constam as causas de abandono do tratamento que poderiam ser melhoradas com as atividades educativas. As atividades visam a maior compreensão dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença e a maior assunção sobre o seu tratamento, implicando no desvelamento das crenças populares que possam prejudicar o tratamento adequado.

A relação entre os profissionais de saúde e os sujeitos é ponto importante para se aumentar a aderência ao tratamento tanto farmacológico como às medidas de mudança de estilo de vida. Percebe-se, então, o quanto as atividades educativas estão envolvidas no tratamento das pessoas que têm hipertensão arterial e risco cardiovascular, para a mudança da evolução da

doença com a minimização das conseqüências e melhoria das condições de vida.

#### Quadro - 1

1. A falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica.
2. Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa auto-estima.
3. Relacionamento inadequado com a equipe de saúde
4. Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço.
5. Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejados
6. Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Em Curitiba, o tratamento da hipertensão conta com um protocolo para orientação no atendimento, nas Unidades de Saúde da rede Municipal de Saúde.

#### 3.4.1 Protocolo de hipertensão da Cidade de Curitiba

O protocolo de hipertensão, preconizado para a Curitiba, foi elaborado, em 2004, e contou com a participação de diversos profissionais. Em suas estratégias para o controle da hipertensão foi colocada a educação em saúde como ponto chave, especialmente com ênfase no auto-cuidado.

A educação em saúde preconizada é baseada no diálogo e na compreensão do conhecimento em saúde por parte dos participantes, porém sem nenhuma orientação pedagógica.

Para melhor compreensão do funcionamento dos programas de hipertensos nas Unidades de Saúde de Curitiba serão pontuadas algumas considerações teóricas a respeito da doença hipertensão.

A hipertensão está classificada em risco baixo, médio, alto e muito alto. Essa classificação varia conforme a presença ou não de fatores de risco e

quantos são os riscos que estão associados, lesão de órgão alvo e/ou diabetes melitus e condições clínicas do paciente.

Os fatores considerados de risco cardiovascular são: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, história de doença cardiovascular precoce (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, morte súbita, edema agudo de pulmão e doença vascular renal) em parentes de primeiro grau, do sexo masculino com menos de 55 anos e no sexo feminino com menos de 65 anos. Homens com mais de 55 anos e mulheres com mais de 65 anos e diabetes melitus.

As lesões de órgão alvo são: hipertrofia de ventrículo esquerdo, angina e/ou infarto do miocárdio prévio, revascularização miocárdica previa, insuficiência cardíaca, ataque isquêmico transitório, acidente vascular encefálico, doença renal crônica, doença arterial periférica, e retinopatia.

Condições clínicas associadas: doença cardiovascular ou renal manifesta.

<b>QUADRO 2:ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INDIVIDUAL</b>			
CRITÉRIOS	HAS LEVE	HAS MODERADA	HAS GRAVE
S/FATOR DE RISCO	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
1A 2 FATORES DE RISCO	MEDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
3 OU MAIS FATORES E/OU LESÕES DE ORGÃO ALVO E /OU DIABETES MELLITUS	ALTO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
CONDIÇÕES CLINICAS ASSOCIADAS	MUITO ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO

Fonte: protocolo de Hipertensão. 2004. SMS/Curitiba.

Nas decisões terapêuticas são colocadas variáveis importantes e como diretriz de tratamento leva em conta a estratificação de risco individual, como se observa no quadro abaixo:

<b>QUADRO 3: DECISÃO TERAPEUTICA BASEADA NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</b>	
BAIXO	MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA E MONITORAR DE 6 A 12 MESES. INSTITUIR TERAPIA MEDICAMENTOSA SE A META NÃO FOR ALCANÇADA
MÉDIO	MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA E MONITORAR DE 3 A 6 MESES. INSTITUIR TERAPIA MEDICAMENTOSA SE A META NÃO FOR ALCANÇADA
ALTO	MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA + TERAPIA MEDICAMENTOSA
MUITO ALTO	MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA + TERAPIA MEDICAMENTOSA

Fonte: protocolo de Hipertensão. 2004. SMS/Curitiba

No que diz respeito ao acompanhamento, segundo o protocolo de Curitiba, as consultas para o acompanhamento de hipertensos controlados minimamente deverá ter para risco médio e baixo: uma consulta médica, uma consulta com o enfermeiro e quatro atendimentos ao ano com auxiliares de enfermagem, perfazendo seis atendimentos ao ano, que seriam possíveis em retornos bimensais. Já para os de alto e muito alto risco os atendimentos teriam a cada ano três consultas médicas, três consultas de enfermeiro e quatro atendimentos de enfermagem que completaria o mínimo de 10 atendimentos ao ano, sendo necessários retornos praticamente mensais.

<b>QUADRO 4: ROTINA DE CONSULTAS PARA HIPERTENSOS COM O QUADRO ESTABILIZADO</b>			
	CONSULTA		ATENDIMENTO
	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
BAIXO E MÉDIO RISCO	ANUAL	ANUAL	TRIMESTRAL (4/ANO)
ALTO E MUITO ALTO RISCO	TRIMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSAL (4/ANO)
A consulta de enfermagem deve ser intercalada com as médicas e com os atendimentos de enfermagem.			

Fonte: Protocolo de Hipertensão. 2004. SMS/Curitiba

Toda essa explicação é importante para compreender a organização dos diferentes programas, nas diferentes Unidades de Saúde, já que essa organização pode ser diferente desde que atenda essa recomendação do protocolo.

Em qualquer uma das diferentes categorias de risco a educação em saúde está presente, pois a modificação de hábitos de vida é recomendação constante em todas elas.

O conhecimento das bases teóricas do atendimento ao hipertenso em Curitiba, servirá como base para a compreensão dos objetivos dos programas de hipertensos e a importância das atividades educativas.

Os passos realizados na consecução da pesquisa de campo possibilitaram a coleta de dados junto aos profissionais da saúde e aos usuários das Unidades de Saúde. Os dados possibilitaram a análise posterior, em diferentes momentos, recorre às informações teóricas explicitadas nos tópicos anteriores.

### 3.5 Metodologia da pesquisa

A pesquisa ocorreu no período de julho a setembro de 2007, em Unidades de Saúde de Atenção Primária, principal porta de entrada do cidadão para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essas Unidades de Saúde trabalham com a Estratégia do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, já apresentado anteriormente, um programa de nível federal cujo objetivo é reorganizar o atendimento básico de saúde tendo a prevenção e a promoção à saúde como seu principal alicerce.

Inicialmente, foi realizado o diagnóstico das atividades educativas existentes nas Unidades de Saúde, em todo o Distrito Sanitário Bairro Novo, sendo pesquisadas todas as Unidades de Saúde, inclusive aquelas que depois seriam excluídas do estudo.

O objetivo foi o de traçar um perfil das práticas educativas em todo o Distrito. No decorrer da pesquisa, o perfil traçado prestou-se também para conhecer o pensamento e a opinião que as Autoridades Sanitárias Locais fazem da educação em saúde em suas respectivas Unidades de Saúde.

As Autoridades Sanitárias Locais, ASL, são as responsáveis administrativamente pela Unidade de Saúde. Esses profissionais têm nível superior, em geral, enfermeiros ou dentistas, indicados pelo Supervisor do Distrito Sanitário, preposto do Secretário Municipal de Saúde, em nível distrital.

O diagnóstico foi realizado mediante questionário de perguntas fechadas às ASL, cabendo salientar que “O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador” (LAKATO; MARCONDES, 1988, p.178). Sua principal vantagem é atingir maior número de pessoas, simultaneamente, e obter resposta mais rápida e precisa.

O questionário foi aplicado nas Unidades de Saúde (Anexo 3) depois da assinatura de termo de consentimento livre e informado (Anexo 4). O diagnóstico permitiu traçar critérios de exclusão e forneceu um desenho das atividades educativas nas diferentes Unidades de Saúde. A seguir o estudo passou a se concentrar nas três Unidades de Saúde selecionadas.

Em cada uma das três Unidades de Saúde selecionadas foi realizada a observação direta, não participante das atividades educativas e, em cada Equipe de Saúde da Família, tomou-se o cuidado em manter contato com a comunidade evitando integrar-se com ela.

No processo de observação, foram estabelecidos alguns critérios que permitissem realizar um retrato do desenvolvimento das atividades, sendo ressaltados os seguintes: local de realização da atividade, tempo de duração, assuntos escolhidos, metodologia pedagógica, participação dos sujeitos, funcionários envolvidos e particularidades de cada atividade em cada grupo.

A validade da observação é apontada por Lakatos e Marconi (1988, p.169) que dizem: “a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade.”

A observação foi anotada em diário de campo após a autorização dos participantes das três Unidades de Saúde escolhidas, tendo por objetivo compreender as peculiaridades de cada equipe, principalmente no que tange a condições materiais e recursos disponíveis, bem como a observação na prática dos fatos mencionados nas entrevistas que viriam a seguir. Pois “a observação ajuda o pesquisador a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento.” (LAKATOS; MARCONI, 1988. p. 169).

Após o processo de observação, procedeu-se às entrevistas semi-estruturadas, conduzidas pela pesquisadora, junto a funcionários e usuários. Em razão desta etapa, cabe dizer que “A entrevista é o encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.” (LAKATOS; MARCONI, 1988, p.173). As entrevistas tiveram como base filosófica a hermenêutica para buscar interpretar e compreender os fenômenos humanos, sendo apropriadas para compreensão do sujeito que adoece e dos processos saúde-doença e seus desdobramentos.

A entrevista tem como vantagens não exigir que o entrevistado seja alfabetizado, apresenta maior flexibilidade, pois as perguntas e respostas podem ser repetidas, além de oferecer a oportunidade de avaliar atitudes e condutas, tornando-se assim compatível com o estudo em bases filosóficas e

metodológicas da hermenêutica, onde se busca a compreensão além do que está sendo falado.

No estudo, foi entrevistado um usuário de cada micro-área, selecionado aleatoriamente dentre os inscritos ativos, com mais de dois anos de participação no programa da Unidade de Saúde, conforme relatório existente na Unidade de Saúde para garantir a representatividade de todas as áreas. As dificuldades na localização dos domicílios dos usuários foram contornadas com ajuda dos Agentes comunitários de Saúde, ACS, profissional oriundo da comunidade, contratado pelo Município mediante concurso, e responsável pelo contato com as famílias das micro-áreas de atuação de cada Equipe de Saúde da Família. As entrevistas (anexo 7), em sua maioria, ocorridas nas casas dos usuários, foram gravadas e realizadas após assinatura do termo de Consentimento Livre e Informado (anexo 8).

Curitiba tem o prontuário médico informatizado em toda sua rede, toda atividade clínica prestada nas Unidades de Saúde é registrada em computador. O sistema disponibiliza relatórios das atividades e dos participantes em programas de prevenção. Um destes relatórios forneceu listagem dos usuários de onde foi selecionado aleatoriamente por micro-área um total de trinta e um usuários que foram entrevistados.

As entrevistas com os usuários visaram conhecer sua compreensão sobre a importância das atividades educativas, assim como apontar as mudanças propiciadas pelas atividades e mencionadas pelo próprio usuário, fornecendo informações a respeito da forma como foram realizadas e a compatibilidade dessas atividades com suas expectativas.

Entre os profissionais de saúde que realizam as atividades educativas, entrevistaram-se os enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem envolvidos no programa de Saúde do Adulto, identificados como promotores das atividades educativas no questionário das ASL e por menção direta das equipes. O número de profissionais variou conforme a Unidade de Saúde, haja vista não ser obrigatório todos os funcionários realizarem atividades educativas.

Com as entrevistas buscou-se identificar a importância das atividades educativas para estes trabalhadores da saúde, envolvidos em processos

educativos, a forma em que ocorrem estas atividades e o preparo técnico dos mesmos para esta atividade.

Os instrumentos de pesquisa, observação, questionário e entrevista, foram utilizados para compreender as atividades educativas nas Unidades de Saúde selecionadas, no contexto em que acontece e na visão de todos os sujeitos envolvidos.

A coleta de dados através dos instrumentos e técnicas empregadas na pesquisa permitiu apresentar os seus resultados e elaborar a análise com base na hermenêutica dialética.

#### 4 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

Embora a metodologia empregada esteja preferencialmente centrada no método hermenêutico, por permitir a análise e interpretação das fontes levantadas, neste estudo, recorreu-se também ao método quantitativo para o levantamento de dados obtidos nos questionários aplicados e nas entrevistas realizadas, por permitirem uma melhor visualização e compreensão da frequência das respostas.

Assim, os dados obtidos nos questionários com as Autoridades Sanitárias Locais (ASL), denominação dada às chefias de Unidades de Saúde desde os anos noventa, foram avaliados com base no método quantitativo, por terem servido de apoio para a análise das entrevistas. Segundo Bosi e Mercado (2004, p.129) a “abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado e a abordagem qualitativa centra-se na explicação de aspectos do mesmo fenômeno”, e a combinação de métodos qualitativos e quantitativos é recomendável devido a complexidade das ações e serviços de saúde.

As entrevistas com os sujeitos, envolvidos nas atividades educativas, foram separadas por categorias no momento da análise de dados e interpretadas, de acordo com a hermenêutica dialética. Segundo Minayo (1996, p.226), a hermenêutica e a dialética tornam-se um encontro fecundo, pois ambas têm o homem como ponto de partida.

A união da hermenêutica com a dialética leva que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos os frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e as perturbações sociais. (MINAYO, 1996, p 227)

Esse método tem dois níveis de interpretação sendo o primeiro das determinações fundamentais como: a conjuntura sócio-econômica e política do grupo estudado e o segundo no encontro que se realizou, com os fatos surgidos na investigação (MINAYO, 1994, p 77). A conjuntura sócio-econômica será obtida pelos dados oficiais de Censos, que constam no site oficial da

Prefeitura Municipal de Curitiba e com dados dos cadastros domiciliares do sistema informatizado de prontuários.

A coleta de dados iniciou-se em julho, após a aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde e da Prefeitura Municipal de Curitiba, que levou em conta a viabilidade e o interesse da Secretaria de Saúde no projeto. Os dados foram apresentados com breves comentários e a análise mais aprofundada, foi realizada, posteriormente, para que se tenha a compreensão das partes e do todo dos fenômenos educativos estudados.

#### 4.1. Resultado:

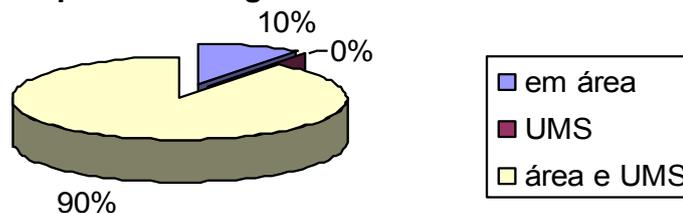
Nesse momento são apresentados os resultados obtidos nas observações, nos questionários e nas entrevistas com usuários e trabalhadores em saúde. Os gráficos utilizados têm por objetivo facilitar a visualização das freqüências das respostas que, no final desse capítulo, são analisados a partir do método hermenêutico. Essa forma de apresentação foi escolhida, para que o círculo hermenêutico se complete, com a compreensão do “[...] todo a partir do singular e o singular a partir do todo [...]” (GADAMER, 2004, p.72), sempre a partir das concepções prévias que foram discutidas nos capítulos anteriores.

##### 4.1.1 Resultado dos questionários

A aplicação dos questionários em reunião de chefia, como estava previsto, não foi possível de ser realizada. A pesquisadora teve que se deslocar a cada Unidade de Saúde para levar os questionários e aguardar que fossem respondidos, especialmente nas Unidades de Saúde mais distantes. As ASL aceitaram em responder o questionário (anexo 4), após assinarem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 5).

A primeira questão, diz respeito à localização dos programas de hipertensos de cada Unidade de Saúde e as respostas obtidas estão no Gráfico 1, no qual se verificam que 10% das atividades são realizadas na área, ou seja, fora do espaço físico da Unidade de Saúde e em espaços comunitários, e 90% na área e na Unidade de Saúde. Nenhuma resposta indicou serem as atividades desenvolvidas somente em Unidades de Saúde.

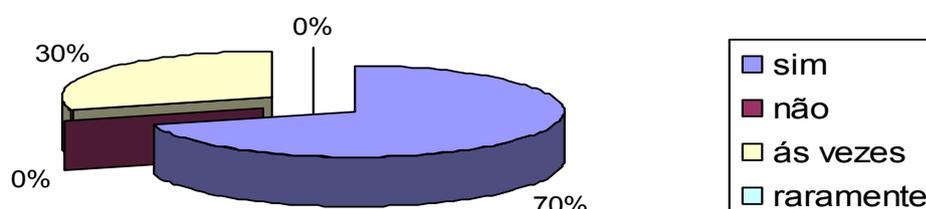
**Gráfico 1: Local de Realização dos Programas de Hipertensos segundo a ASL**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

Na pergunta sobre as atividades educativas nos programas, 70% das respostas foram afirmativas e 30% registraram às vezes. As respostas “não” e “raramente” não foram escolhidas, conforme observamos no Gráfico 2.

**Gráfico 2: Acontecem atividades educativas nos programas de Hipertensos?**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

De acordo com o Gráfico 3, quanto aos profissionais envolvidos nas atividades educativas, apenas uma Unidade de Saúde colocou que o médico não participa por dificuldades de deslocamento ao programa de hipertensos. Em 60% das Unidades de Saúde todas as categorias de trabalhadores estão envolvidas nas atividades, incluindo os agentes comunitários, que não foram previstos pela pesquisadora. Em 10 %, apenas o médico e a enfermeira, em outros, 10%

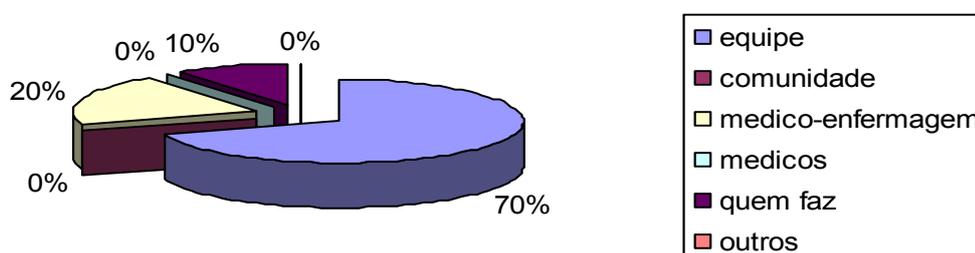
colocaram que os enfermeiros não participam e 30% disseram que os agentes comunitários não fazem as atividades educativas.

Vale ressaltar a observação feita em todas as Unidades de Saúde a respeito da realização de atividades educativas pelas Equipes de Odontologia, inclusive percebe-se que em muitas Unidades de Saúde, é a Odontologia a responsável pelas atividades educativas. Porém, como o estudo visa focalizar a participação da equipe médico-enfermagem não foi estudada a participação da Equipe Odontológica, por não ser este o objeto de estudo.

Quanto à pergunta sobre quem planeja as atividades educativas, nenhuma Unidade de Saúde colocou que é a comunidade, mas sim a equipe como um todo, em 70% das Unidades e médico-enfermagem, em 20%. Em 10% das Unidades, o profissional da saúde é quem realiza a atividade educativa.

Neste momento, percebe-se que os assuntos são escolhidos de forma burocrática, muitas vezes determinados por profissionais que não realizam as atividades. Inclusive, em algumas Unidades de Saúde, os temas são escolhidos, no início do ano, em reunião específica, para elaborar o planejamento do ano em curso, como se observa no Gráfico três. As diferenças de cada equipe são pouco levadas em conta

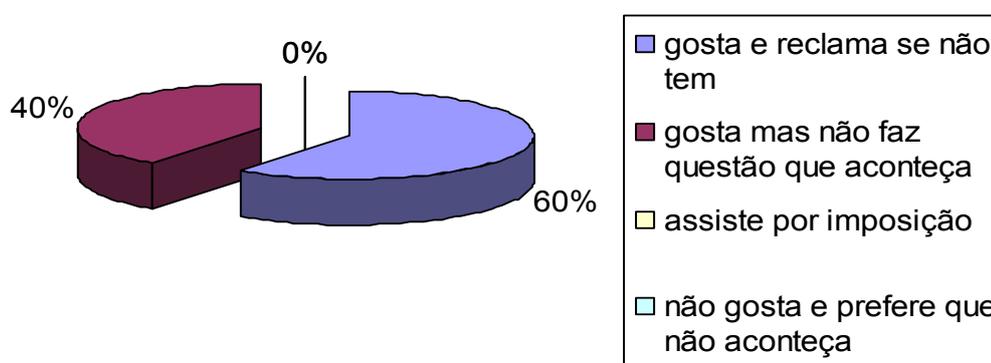
**Gráfico 3: Quem planeja as atividades educativas**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

Na opinião das ASLs, a comunidade gosta das atividades educativas. Parte das chefias considera que a comunidade reclama quando não tem as atividades e, outra parte, afirma que as comunidades não fazem questão que aconteça. Dessa maneira 60% responderam que gostam das atividades e 40% responderam que gostam, mas não fazem questão, como se observa no Gráfico 4.

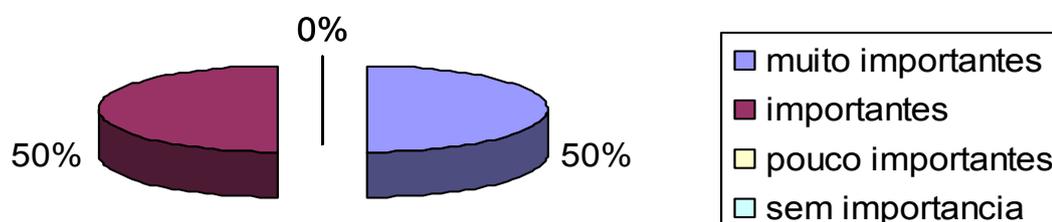
**Gráfico 4: Como a comunidade recebe as atividades educativas?**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

Para as ASLs, a Equipe considera entre importante e muito importante o que vem ao encontro das entrevistas realizadas. Todos os funcionários falaram da importância das atividades educativas, como se observa no Gráfico 5, na página seguinte.

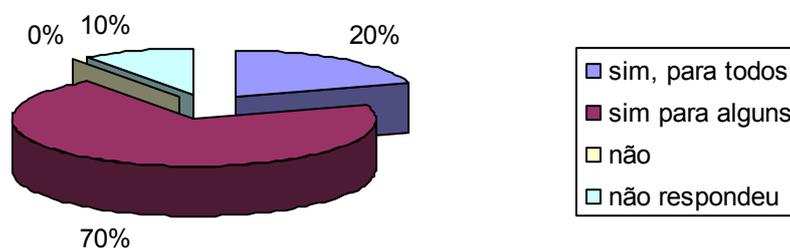
**Gráfico 5: Como a equipe considera as atividades educativas?**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

No que diz respeito ao treinamento da equipe de saúde para realizar atividades educativas, conforme Gráfico 6, todas as chefias, dizem que houve, mas apenas para alguns profissionais, considerando que na segunda pergunta elas responderam que praticamente todos os profissionais estão envolvidos na realização de atividades educativas. Percebe-se que muitos profissionais estão realizando as atividades sem nenhum treinamento específico.

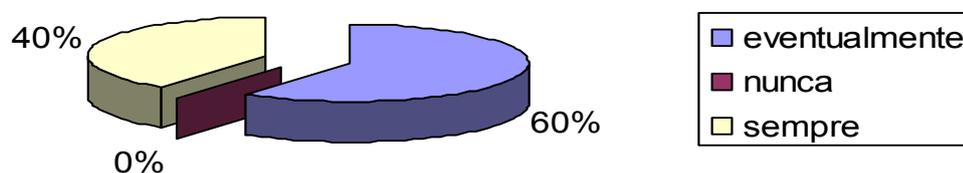
**Gráfico 6: Houve treinamento da equipe para atividades educativas?**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados

No quesito do preparo, as chefias responderam que sempre ou, eventualmente, as atividades são preparadas, como constam nas entrevistas, especialmente, dos auxiliares de enfermagem que se referem aos estudos para realizar as atividades educativas. Como se verifica no gráfico 7, em nenhuma Unidade de Saúde foi mencionado o fato de nunca haver planejamento.

**Gráfico 7: As atividades educativas são preparadas com antecedência?**

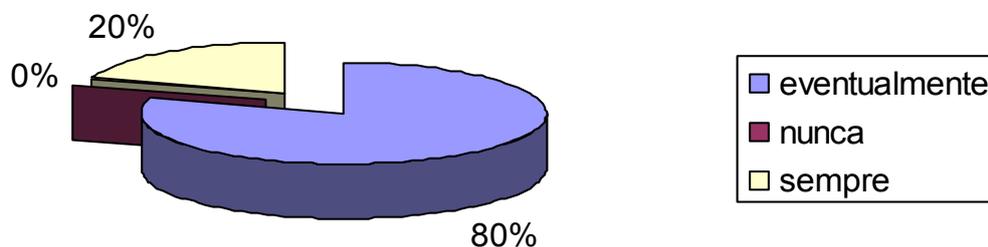


Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

Quanto à pergunta sobre discussão das atividades educativas e reavaliação dos processos educacionais, conforme Gráfico 8, tem-se duas Unidades de Saúde que disseram sempre reavaliar e oito Unidades de Saúde, que responderam ser eventual a reavaliação das atividades.

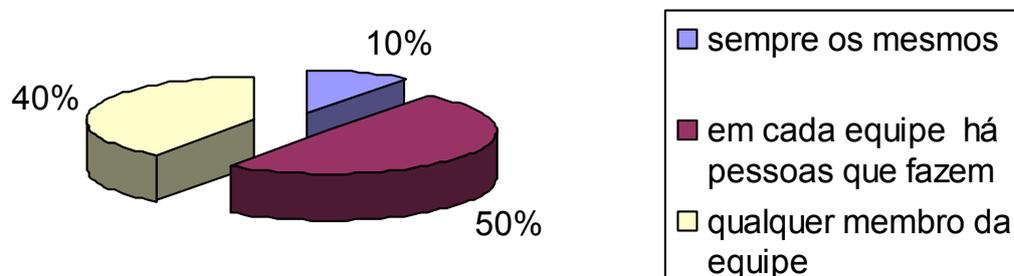
Segundo relato de profissionais de saúde, no início ou no final de cada ano, há uma reunião de equipe para discussão dos temas a serem elaborados para as atividades educativas. Mas a julgar que as atividades não têm avaliações da comunidade, a reavaliação e a reformulação advindas, parecem ser baseadas no profissional de saúde.

**Gráfico 8: Reavalia e discute os processos educacionais?**



Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

Na pergunta sobre quem realiza as atividades educativas, conforme gráfico 9, em quatro Unidades de Saúde foi respondido que o responsável pode ser qualquer membro da Equipe, em cinco Unidades de Saúde disseram que em cada Equipe existem algumas pessoas que sempre fazem as atividades educativas e uma chefia disse que, em sua Unidade de Saúde, são sempre as mesmas pessoas que realizam as atividades. As respostas do questionário são compatíveis com as respostas prestadas na entrevista, pois com exceção das quatro Unidades mencionadas acima, nas demais, verifica-se que muitos profissionais nunca realizaram atividades educativas.

**Gráfico 9: Quem realiza as atividades educativas?**

Fonte: Dados dos Questionários aplicados.

Se levar em conta as observações diretas e as entrevistas realizadas, observa-se que as autoridades sanitárias não têm a real idéia do que acontece na prática em suas Unidades de Saúde, pois naquelas onde a pesquisa foi mais aprofundada apareceram realidades não citadas pelas chefias. Como o fato do programa ser basicamente realizado em uma Unidade de Saúde estudada, e que os assuntos abordados são da escolha dos enfermeiros, que trazem para a equipe de maneira pronta e acabada. Inclusive uma das enfermeiras entrevistadas, em tom de desabafo disse que não tinha nenhuma colaboração do restante da equipe para essas decisões.

#### 4.1.2 As atividades educativas na prática

As Unidades de Saúde serão identificadas com letras e as equipes de cada unidade com números para manter o anonimato e o objetivo do trabalho, que é compreender as atividades educativas. Em uma Unidade de Saúde pesquisada, não foram realizadas observações visto que não são feitas atividades educativas de forma rotineira.

Durante o período da pesquisa foram marcados momentos educativos coletivos, sob a influência do tema pesquisado. Em duas Unidades de Saúde a

observação das atividades educativas demonstrou que elas são realizadas em Igrejas, sejam Evangélicas ou Católicas. Nesses momentos, os integrantes das equipes se deslocam das Unidades de Saúde, munidos de: esfigmomanômetro, estetoscópios e medicamentos. A forma de organização varia conforme a Equipe e a realização das atividades educativas.

Na análise de um momento educativo da Unidade de Saúde que chamaremos de A, da equipe que chamaremos de momento A1, temos a atividade educativa sendo realizada no pátio de uma Igreja Católica, onde as pessoas estavam dispostas em círculo e o educador no mesmo círculo, estimulando a participação individual.

O ambiente era bastante descontraído, sendo de aproximadamente 44 pessoas. Quase todas participaram do momento educativo, que falava sobre a doença hipertensão arterial e maneiras de controle. A abordagem utilizada era a educativa (segundo classificação de Tones, conforme capítulo de educação em saúde), na qual se tentava situar os sujeitos como responsáveis pela sua saúde através da compreensão e do acesso à informação, que foi conduzida pelo profissional médico, que tinha o controle de todas as atividades. Como particularidade houve a passagem do trem próximo ao local da atividade, porém considerada natural pelos participantes. O ambiente era bastante simples, com bancos toscos e, no local coberto, havia piso de cimento bruto, que, segundo me informaram é usado nos dias de chuva. O ambiente estava compatível com o local e os sujeitos envolvidos estavam descontraídos.

Os outros profissionais de saúde presentes eram: uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e duas estagiárias do curso de medicina, que não participaram do momento coletivo, mas a auxiliar de enfermagem tinha atividade individual. Os trabalhadores em saúde demonstravam conhecer as pessoas pelos nomes e particularidades individuais, demonstrando envolvimento. A reunião teve a duração de cinquenta minutos e, no encerramento, não desencadeou nenhuma reação de alívio nos participantes. Como curiosidade tinha a participação espontânea de quatro adolescentes.

Após encerrar as atividades educativas, foi aferida a pressão arterial pelo médico que conversou individualmente. Muitos participantes após receberem a medicação e serem liberados permaneceram conversando no

local, demonstrando satisfação na participação. Essa atividade demonstrou que a comunidade quando tratada com respeito participa e gosta das atividades.

Ainda na Unidade de Saúde A, na atividade educativa que será identificada pelo número A2, cheguei ao local às 13h30min horas e a equipe demorou um pouco a chegar, sendo composta de um auxiliar de enfermagem, que disse ser a primeira vez que estava indo ao programa, uma médica e uma agente comunitária de saúde. A reunião foi realizada no galpão de festas de uma Igreja Católica, com ambiente tosco, mesas e bancos dispostos como se fosse uma festa com alimentação. Os bancos e as mesas eram de madeira bruta. Não há janelas e nem portas. O clima era agradável. Os participantes chegavam e sempre perguntavam aonde seria. Então, entregavam as carteirinhas à agente comunitária de saúde e sentavam-se. Ficavam conversando entre si, demonstrando descontração. O auxiliar de enfermagem media as pressões arteriais e em seguida os participantes conversavam com a médica. Até esse momento não houve atividade educativa. A médica estava aplicando um questionário e dava orientações individuais sobre atividades físicas e tabagismo. Alguns foram embora, assim que pegaram a medicação, com a agente comunitária de saúde.

Nesse momento, havia catorze pessoas no local. Uma senhora que não estava passando bem, foi atendida antes dos demais. Até aqui não houve atividade educativa. Num determinado momento, o auxiliar de enfermagem reuniu as pessoas em um pequeno grupo e explicou que haveria mudanças no atendimento no programa de hipertensos, devido à nova classificação de risco, que o médico estava fazendo a partir do questionário e de acordo com as respostas obtidas. Os participantes mostraram-se muito interessados e disponíveis às mudanças, balançando a cabeça insistentemente. Quando houve intervenção por parte dos usuários, o palestrante se mostrou interessado, mas não permitiu que as pessoas fugissem do assunto, direcionando a conversa para o interesse deles. Falou também da intenção de implementar atividades educativas, que não estavam acontecendo até esse dia.

A maior preocupação dos participantes era sobre os medicamentos. Essa conversa durou aproximadamente 3 minutos. Ao término, todos os presentes se levantaram e seguiram o auxiliar de enfermagem, até o local de

atendimento e quando ele falou para sentar nos bancos onde estavam anteriormente, houve protestos.

O ambiente era amistoso, porem sem intimidade. Os profissionais de saúde não demonstraram conhecer todos os participantes, com exceção de alguns.

Na Equipe que será chamada de A3, não houve nenhuma organização para atividade educativa. A disposição dos bancos era em círculo e os sujeitos estavam habituados a chegar, entregar a carteirinha para o agente comunitário, medir a pressão e verificar o peso com a auxiliar de enfermagem. Alguns eram liberados para pegar a medicação, com a agente comunitária, que já estava separada em pacotes com os nomes. Alguns passavam para conversar com a médica. Não houve nenhum preparo para atividade educativa e foi observado que ela nunca acontece, apesar de ser passado um livro ata de participação a todos os usuários que foram atendidos.

Esse livro Ata, faz o registro das atividades educativas, com a assinatura dos participantes, e é usado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para auditoria das Unidades de Saúde, quanto à realização de atividades educativas, para verificar se tingiram as metas pactuadas entre as ASLs e os Distritos Sanitários. Esse registro consta de um cabeçalho seguido das assinaturas (Anexo 3).

As atividades educativas fazem parte de metas que, se não forem atingidas, trazem um prejuízo financeiro aos trabalhadores e tem o nome de Incentivo. Nesta equipe da Unidade de Saúde A, era a que tinha o melhor ambiente, uma Igreja Evangélica, com bons bancos, boas condições de higiene com banheiro e água potável. As pessoas pareciam satisfeitas com o atendimento, eram chamadas pelo nome e o clima entre as pessoas era agradável. Segundo a agente comunitária passaram 55 pessoas neste dia, mas em nenhum momento se formou um grupo, pois eles iam chegando, sendo atendidos e indo embora.

Da equipe participaram duas agentes comunitárias, dois auxiliares de enfermagem e a médica da equipe. No atendimento foram feitas algumas orientações de forma bastante prescritora e, basicamente, mantenedora do modelo biomédico.

Na Unidade de Saúde que será chamada de B, fizemos a observação do programa de hipertensos em área das três equipes que se chamará de B1, B2 e B3. Deve-se dizer que essa equipe teve uma excelente disponibilidade para a participação na pesquisa, colaborando no que foi possível.

O programa da equipe que passará a chamar de B1 foi realizado no salão de uma Igreja Católica. Ao chegarem os usuários entregavam as carteirinhas para a agente comunitária de saúde, que os dirigia para o grupo correspondente. Os trabalhadores de saúde estavam divididos em cinco duplas que eram responsáveis pelo atendimento de quatro a cinco usuários. O tema da atividade educativa foi atividade física. Os grupos tinham um roteiro em comum, mas tiveram andamentos diferentes.

O primeiro era composto por auxiliares de enfermagem, que leram um roteiro com as orientações e ao final foi bastante impositiva.

O segundo grupo, também com auxiliares de enfermagem, transcorreu mais como uma conversa e ao final distribuíram convites para uma atividade física.

O terceiro grupo, com auxiliares de enfermagem, foi realizado na forma de perguntas e com grande estímulo à participação.

O quarto grupo, que foi realizado pela enfermeira foi como uma conversa em tom bastante amistoso.

E o quinto grupo com a médica, não utilizou o roteiro e foi bastante prescritora nas informações.

Todas as palestras foram com base na pedagogia da transmissão, com abordagem preventivista (segundo classificação de Tones), mas com ambiente de respeito e descontração. Enquanto um falava, outros mediam a pressão arterial. A atividade foi de aproximadamente cinco minutos. Não havia mobilidade entre os grupos. Participaram aproximadamente trinta e um usuários e quinze profissionais de saúde, contando inclusive com a Equipe de Odontologia que não fez atividade educativa, mas estava disponível para dúvidas. O local era agradável, arejado, limpo, apesar de ter cadeiras e mesas toscas e ser aberto para a rua. As pessoas estavam descontraídas e pareciam muito a vontade, com bom entrosamento entre elas.

A equipe que passará a se chamar de B2, foi a equipe que mais teve mudanças de membros com as mudanças da Unidade de Saúde, por isso no

início da reunião foi necessário às apresentações, pois estava há quatro meses sem enfermeiro e há cinco meses sem médico. Segundo uma agente comunitária o período sem enfermeiro permaneceu sem atividades educativas. Houve uma breve orientação sobre atividade física e distribuídos convites sobre um evento para hipertensos em outra Unidade de Saúde. Houve orientações individuais. As pessoas foram divididas em grupos conforme o protocolo de hipertensos da Prefeitura Municipal de Curitiba, sendo que alguns foram atendidos pelo médico, outros pelo enfermeiro e outros pelas auxiliares de enfermagem, que agendavam consultas para a Unidade de Saúde se fosse necessário.

Os pacientes hipertensos, ao chegarem, entregavam as receitas e a carteirinha e foram divididos em grupos pelas agentes comunitárias de saúde, em torno de trinta e duas pessoas. Participaram do programa catorze trabalhadores entre Equipe Médico-Enfermagem e a Equipe de Odontologia.

O ambiente físico era bastante escuro, com cadeiras disponíveis para todos, embora fosse agradável, apesar da sonoridade não ser boa.

O programa da equipe B3 foi a de melhor ambiente físico, sendo no salão de uma Igreja, onde tinham divisórias, com ambiente bastante adequado, com banheiros, cadeiras confortáveis e água disponível. O salão é dividido em salas, sendo uma maior aonde os participantes chegavam e sentavam em círculo. Ao chegar, a auxiliar de enfermagem se apresentou, brincou com alguns deles e iniciou o atendimento, sem nenhuma atividade educativa. O livro-ata foi passado para registrar a participação. Após a aferição da pressão arterial e do peso, que foram entregues num papel com as aferições os participantes foram encaminhados para outra sala, onde receberam o atendimento da enfermagem ou do médico e a medicação. Nos atendimentos foram feitas atividades educativas individuais bastante prescritoras e, até mesmo, culpabilizadora. Havia onze profissionais de saúde e vinte e nove participantes do programa no início. Alguns chegaram depois e foram atendidos. O ambiente era bastante descontraído, porém sem muita intimidade.

Na Unidade de Saúde que se chamará de C, não foi possível a observação de nenhum momento educativo em grupo de hipertensos, visto que a Unidade se organiza para os programas, em forma de consultas individuais, tanto com enfermeiros como com médicos. Neste momento, há uma atividade

educativa individual, na qual são realizadas orientações, que fogem do enfoque dessa pesquisa. Segundo relatos de alguns profissionais os momentos educativos acontecem uma vez por semestre, por meio de uma atividade que chamam de oficinas. Uma equipe não está fazendo nenhuma atividade, e outros dois grupos já fizeram as atividades do ano. Apenas um tem uma atividade previamente agendada para outubro, mas até o término da pesquisa não havia sido confirmada.

#### 4.1.3 A fala dos sujeitos

As entrevistas com os participantes do programa de hipertensos seguiram o roteiro estabelecido (Anexo 8) e foram realizadas algumas nas residências, outras nos próprios programas de hipertensos e algumas nas Unidades de Saúde. Não haverá identificação do sujeito da entrevista e nem das Unidades de Saúde, conforme o Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo 9), que todos ficaram cientes e assinaram. Os entrevistados foram identificados com números. A análise foi acompanhada de gráficos, com o objetivo de visualizar a importância de cada resposta em relação às outras categorias. Inicialmente serão apresentados os dados das entrevistas, com breves comentários e retornar-se-á cada item na análise dos dados.

A análise tem início com a compreensão do conceito “sentir-se doente”, como acontecem nas entrevistas iniciadas com essa pergunta. Nas entrevistas, as respostas permitiram compor três categorias: os que não se sentem doentes, os que se sentem doentes por outras patologias, mas não pela hipertensão, e os que se sentem doentes pela hipertensão.

- Os que não se sentem doentes de forma alguma:

Os usuários correlacionaram a saúde com o fato de poder trabalhar, o que evidencia o entendimento de saúde para a população.

Perguntados se, se sentiam doentes, as respostas obtidas foram:

- “Não, todo dia eu faço o serviço normal. Só que eu faço o tratamento também, né, tomo o remedinho” (entrevista 56).

- “Eu não me sinto doente, eu ponho na cabeça que eu tenho aquela pressão alta e que eu tenho que tomar a medicação até o final da vida, né, mas eu não me sinto doente porque eu trabalho e eu caminho bastante, sou de bem com a

vida, família, vai tudo bem em casa. Não ponho como doença, sabe. Tem que tomar o remedinho, cuidar e fazer exercício, né" (entrevista 54).

-“Não, não no sentido doença, eu já passei por muitas doenças. Mas, no sentido doença eu não me sinto, porque eu consigo trabalhar, fazer minha comida, fazer ginástica. Então não sou doente. (entrevista 36)

- Os que se sentem doentes, não consideram a hipertensão, mas sim as co-morbidades:

Alguns dos entrevistados relacionaram doenças com dores, como artrose ou reumatismos, mas não com a hipertensão. Outra entrevistada, uma senhora idosa, respondeu à pergunta se, se considerava doente por ter hipertensão :

-Não, eu não sinto nada, não tenho dor de cabeça, e o que me perturba sempre e me perturbou muito foi à coluna [...] (entrevista 33).

Outra entrevistada referiu que:

“-Não para mim não. O problema que mais me afeta é que tenho problema de artrose nas juntas, sabe” (entrevista 51).

Outra mais disse o seguinte:

-“Falar bem francamente não, eu não sinto doente. A única doença que eu sinto, que eu acho que tenho é da coluna e do diabetes. Esse eu acho que sou doente. A pressão não, ela já me incomodou a um tempo atrás, mas agora está bem controlada”(entrevista 49).

Essas falas dos participantes dos programas quanto à doença confirma a discussão anterior, de que a hipertensão por não ter sintomas, não é considerada doença, mas sim as patologias, como artrose e dorsalgias entre outras, pois limitam a movimentação ou causam dor, por isso se consideram doentes.

- Os que sentem a hipertensão (HAS) como doença:

Os entrevistados que se sentem doentes pela hipertensão ou eles estavam com a hipertensão descontrolada, co-morbidades como diabetes, ou já tinham complicações crônicas, como seqüelas por acidente vascular cerebral. Nas suas falas revelam que a incapacidade física é a principal causa de se sentirem doentes.

Um entrevistado disse:

-“Bastante, porque tive derrame em 1999 e apareceu a doença, (teve o diagnóstico de hipertensão quando sofreu um acidente vascular cerebral que o deixou com seqüelas motoras e na fala” (entrevista 57).

Em outra entrevista o relato foi:

-“Bem bastante, não tem duvida, eu ando até escorada. A filha que anda comigo” (entrevista 42).

Outro declarou:

- A gente é né porque a gente tem pressão alta que incomoda um pouco. Agora ta controlada. Estou tratando bem, então está controlada, né, mas meses atrás eu estava muito mal. Fui ao posto 24 horas duas vezes, ai troquei o remédio e dei uma boa melhorada. “Agora está controlada e eu estou mais animada, né” (entrevista 58).

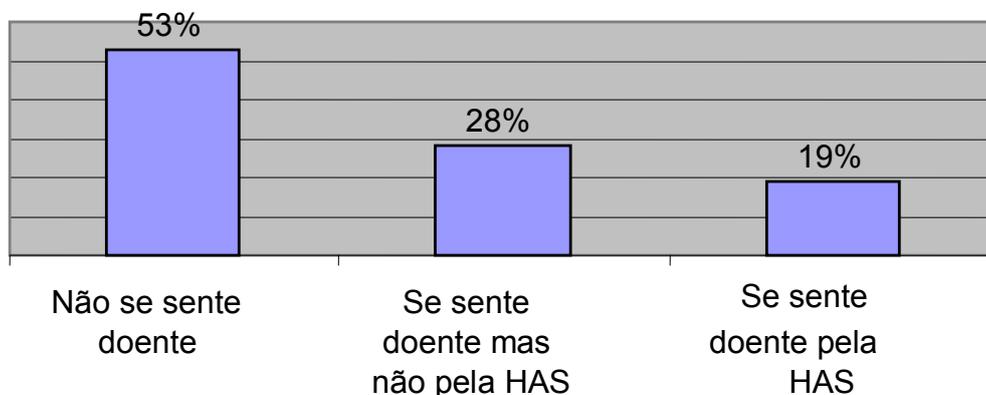
Nestas respostas, percebe-se que o tratamento da hipertensão torna-se necessário somente quando aparecem os sintomas ou já apresenta seqüelas.

Os participantes do programa sem sintomas ou sem as complicações crônicas, precisam criar mecanismos para não esquecer de tomar a medicação e fazer o acompanhamento, como constam nas entrevistas:

-“[...] é uma coisa que tenho e tenho que aprender a viver com ela” (entrevista 63).

Essas análises ilustradas ficam mais visualizadas no gráfico abaixo:

**Gráfico 10: O senhor(a) sente-se doente?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas.

Na segunda pergunta questionamos sobre o programa de hipertensos e a sua descrição. Poucos souberam descrever as ações desenvolvidas e a maioria fez comentários sobre o programa.

- Comentários sobre o programa:

Segundo relato em entrevista:

-“No programa de hipertensos, tem que participar da reunião, né, e a consulta é marcada com o médico que o acompanha. A gente toma a medicação e eles

marcam a consulta para eles verem se está tudo bem. Se está tudo bem continua com essa medicação, se não está tudo bem, muda a medicação.”(entrevista 56)

Outra entrevistada manifestou o seguinte:

-“o programa de hipertensos é um conjunto de pessoas. O que eu entendo que é um conjunto de pessoas que tem pressão alta, que medem a pressão, faz consulta com o médico e faz o que o médico pede certinho, né. Pra mim é isso aí” (entrevista 41).

Em outra entrevista houve o seguinte relato:

-“Eu acho o programa muito bom, né, que atende muito bem a gente. Às vezes mesmo fora do programa à gente vem aqui, eles atendem” (entrevista 58).

- A maioria referiu ser um momento de medir a pressão arterial e pegar o medicamento, como se observa nas falas:

-“Eu estou achando bom. Eu chego, dou a carteirinha, peso e meço a pressão e aí eles chamam para dar o remédio” (entrevista 44).

E ainda em outra entrevista:

-“o programa a gente vai, chega lá, eles medem a pressão, pesam, dão remédio e gente vai embora”(entrevista 49).

Outra opinião que foi relatada:

-“Eu digo, que é muito bom. Vem pesa, mede a pressão e pega o remédio e daí eu não preciso ir lá no posto pra pegar o remédio, eu pego aqui”(entrevista 42).

- Muitos citaram como um bom momento para ver as amigas, e se distrair, citando inclusive como um dos únicos eventos sociais que participam.

-“O programa é bom, é divertido. A médica é muito querida e as meninas (enfermagem e agentes comunitários) divertidas [...]” (entrevista 42).

E ainda:

-“Eu adoro, a gente faz amizade e se encontra [...]” (entrevista 51).

Outra entrevista fez o seguinte relato:

-“acho maravilhoso. A gente vem aqui, a gente conversa, fala o que sente, eles medem a pressão, a gente pesa e eles entregam o remédio pra gente. A gente é bem atendido. Aqui, olha, é medica, enfermeira agente de saúde. Pra mim, é divino, é maravilhoso. Eu me dou bem com todo mundo. O programa é maravilhoso.(entrevista 50)

O funcionamento dos programas de hipertensos, nas diferentes Unidades de Saúde, é muito semelhante: os hipertensos chegam entregam as carteirinhas de hipertensos aos agentes comunitários de saúde, passam então pela enfermagem que faz controle de peso e da pressão arterial e pegam à medicação. A diferença entre as reuniões é relativa a alguns aspectos como:

- Local de realização: Em uma das Unidades de Saúde foi colocado que o programa acontece apenas na Unidade de Saúde e nas outras duas em locais da comunidade. A Unidade de Saúde que faz o programa na Unidade de Saúde, anteriormente realizava na comunidade e os participantes falam de como era antes.
- Existência ou não das atividades educativas: varia de acordo com a Unidade de Saúde e com a equipe
- Presença do profissional médico no momento do programa: em apenas uma Unidade de Saúde foi citada a ausência do médico no programa.
- Periodicidade: é mensal em duas Unidades e variável, em outra Unidade de Saúde, de acordo com a classificação da gravidade da hipertensão.

Quando foi feita a pergunta sobre como é o programa, a maior parte dos participantes teve respostas defensivas, com proteção à Equipe de Saúde, apesar de haver sido explicado que as entrevistas não objetivavam fazer avaliações e sim compreender o seu desenvolvimento. Mesmo assim, essa preocupação ocorreu em todas as entrevistas com os usuários do sistema de saúde, que pertenciam às três Unidades estudadas.

Quando os usuários responderam sobre as atividades educativas, foram estabelecidas as seguintes categorias de respostas, conforme se observa no Gráfico 10, adiante.

- Os entrevistados falaram que nunca participaram e nem viram uma atividade educativa nos programas
  - “Não. Não, eu nunca fui numa palestra lá” (entrevista 33).  
E ainda:
    - “Não, nunca participei” (entrevista 54).  
E mais:
      - “Na Igreja? Eles não fazem nada. Lá na Igreja Evangélica eles vêm a pressão e marcam exames [...]” (entrevista 36).

E em outra entrevista:

- “Antes do programa, eu acredito que não. É mais o atendimento mesmo ali” (entrevista 39).

- Entrevistados disseram que às vezes acontecem atividades, mas que não é de forma rotineira.

-“Quando vai com o grupo todo junto, eles fazem. Às vezes a gente mede a pressão, pega o remédio e vai embora, né. Outras conversam com a doutora, mas é difícil fazer um grupo pra fazer palestra assim de meia hora, uma hora” (entrevista 37).

-“olha, que eu me lembre teve duas vezes” (entrevista 45).

-“É difícil, são poucas vezes” (entrevista 44).

- Entrevistados relataram que antes tinham atividades educativas, mas com as mudanças no programa de hipertensos, agora não há mais.

Quase todos esses entrevistados lamentaram o fato de não existir mais as atividades e todos eram da Unidade de Saúde que mudou o programa de hipertensos da comunidade para dentro da Unidade de Saúde. Eles revelam isso nas suas falas:

-“Tinha palestra com eles e era bem legal. Eles pesavam e tiravam a pressão. E agora depois de janeiro você vai e passa pelo médico [...]. Eu gostava das palestras achava legal, sabe por que, às vezes você não está de a par de muitas coisas e eles explicam, passam aquilo e você fica entendendo” (entrevista 63).

E em outro relato:

-“Palestras, já. Eles faziam antes palestras, e faziam a pesagem, né. Eles faziam umas palestras muito boas, inclusive explicavam muito até como tomar o medicamento e eu inclusive tomava o medicamento, mas não tomava de forma correta [...]” (entrevista 64).

E ainda:

-“ultimamente agora não está tendo, mas antes tinha” (entrevista 56).

Apenas uma entrevistada colocou a preferência no atual modelo:

-“lá em cima (Igreja) tinha, mas agora não tem mais. Fazem mais fácil, lá era muito sacrifício. Tudo num dia lá e tinha que pesa e um tempo estragou a balança e foi difícil” (entrevista 52).

Outra senhora colocou que gostava como era, mas também gosta de agora:

-“[...] agora eu acredito que não está tendo as palestras, pois não tem mais aquelas reuniões, aquele grupo. A gente está tendo individual e até é muito bom, eu não tenho o que reclamar muito bom mesmo” (entrevista 64).

- Entrevistados disseram que têm sempre atividades educativas, sendo que inclusive em uma delas disse que outros profissionais além do médico estavam envolvidos. Uma entrevistada comentou que os temas das atividades não se restringem às doenças, mas a temas, como meio ambiente e outros. Essa entrevistada referiu-se à atividade educativa como conselhos, mostrando que na verdade ainda prevalece o modelo biomédico, com prescrições de comportamentos.

-“Tem palestras, que eles explicam como é que a gente deve agir com os remédios, que não pode deixar de tomar, as caminhadas são muito boas, tem que se exercitar quem pode né?” (entrevista 40).

E ainda:

-“Tem bastante, chega conversando se estão bem, tomando o remédio, todos juntos. Tem passeios bastantes” (entrevista 42).

Em outra entrevista o usuário respondeu:

-“Tem, eles conversam com a gente um pouco, marcam uma consulta, os médicos vem aqui e as vezes dão uma palestra, um conselho”(entrevista 43).

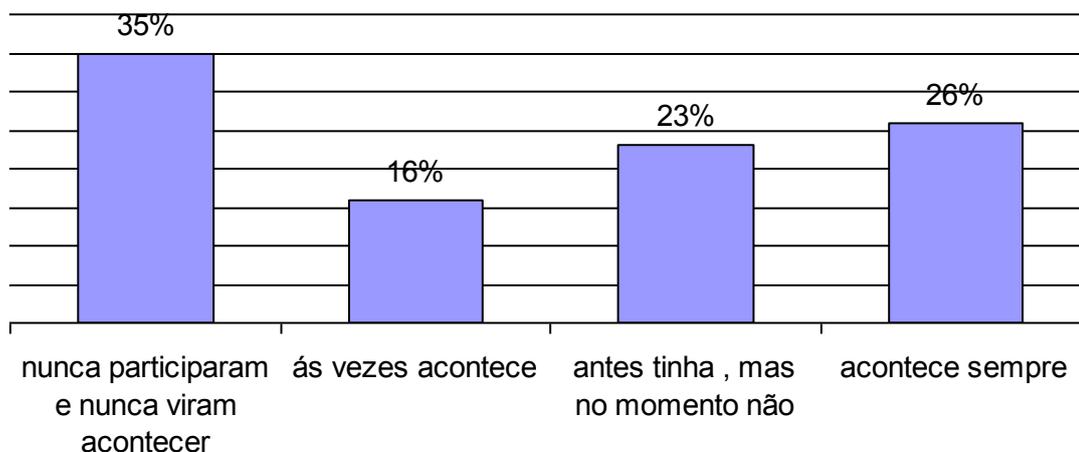
Em outro relato:

-“Tem, sempre elas põem o perigo que a gente ta correndo com a pressão, explica certinho o que a gente tem que fazer e se a gente faz errado é de teimoso, né, que elas explicam e muito bem. Quem fala é a medica. Sempre tem um medica diferente, né sempre ta trocando nesse postinho. Quando você se acostuma com um médico, vem outro. Elas dão oportunidade para a gente se expressar, falar o que sente, o que precisa. Eu gosto sinceramente. Eu não tenho queixa não”(entrevista 61).

Nessa última fala fica clara a culpabilização dos sujeitos e o comportamento que os sujeitos assumem de oprimido-opressor, que será discutido na análise dos dados.

Para melhor visualizarmos observe, no gráfico abaixo:

**Gráfico 11: Acontecem Atividades Educativas, no Programa de Hipertensos?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas.

Nas Unidades de Saúde que fazem o programa na comunidade, as atividades educativas são variáveis, pois depende de cada Equipe. A maior parte dos programas não tem atividades educativas, mas em duas Equipes de duas Unidades de Saúde diferentes, essas atividades acontecem de forma sistemática, sendo citadas pelos participantes.

Em todas as entrevistas foram citados os temas abordados nas atividades educativas como: medicamentos, efeitos colaterais, inaptações, entre outros. Alguns problemas foram colocados como unicamente relacionado a medicamentos e não a estilo de vida.

Quanto às orientações dadas pelos trabalhadores de saúde, as mais citadas são as dietas e a atividade física. Muitos hipertensos disseram que nunca receberam nenhuma orientação, mas descreveram com muita propriedade o que precisaria mudar em seu estilo de vida. Poucos disseram que não receberam nenhuma orientação e reiteraram isso dizendo que nada mudou em sua vida. Muitas das orientações que eles lembraram ocorreram em atendimentos individuais e poucas em atividades coletivas. Teve uma senhora que citou a prevenção de meningite. A causa das patologias, os mecanismos de ação dos medicamentos, entre outros, parecem ser pouco assimilados pelos usuários. Alguns entrevistados disseram que nada do que foi dito nos serviços

de saúde era novidade e que sabia tudo. Temos então três categorias de respostas:

- Não, não teve nenhuma orientação:  
-“não, eu não me lembro, acho que nunca tive” (entrevista 53).
- Não mas sabiam das informações:  
-“não, o que mudou é que eu tinha de fazer a dieta, né porque daí eu não precisava tomar medicação” (entrevista 43).
- Sim, tive orientações:

A maioria das respostas aparecem com comentários, como:

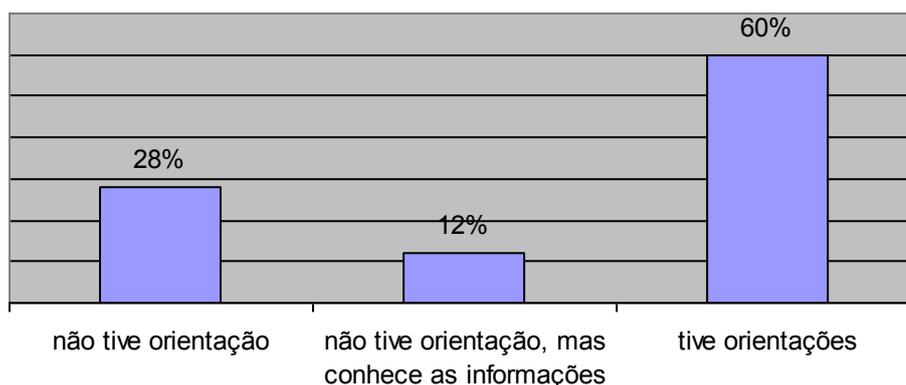
-“pra mim, eu gosto de tudo, gosto da palestras, né. Tem coisas mínimas assim muito importantes” (entrevista 62).

E ainda:

-“gordura, sal, muita massa, muito carboidrato. Não adiante tomar remédio e comer muito sal e muita gordura” (entrevista 37).

Pode-se visualizar melhor no Gráfico 12, onde se observa que a maioria diz ter tido orientações. Mesmo se sobrepondo todos os que disseram não ter recebido orientações, teremos ainda assim mais pessoas dizendo que tiveram orientações.

**Gráfico 12: O senhor(a) teve alguma orientação que foi lhe foi importante?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas.

Quanto à pergunta de mudança de estilo de vida, conforme o Gráfico 13, mesmo alguns que referiram não ter tido orientações colocaram que tiveram

mudanças e alguns, como um senhor entrevistado que emagreceu 10 kilogramas, falaram dos benefícios das atividades físicas:

“[...] comecei a fazer caminhada, antes de eu fazer, Deus me livre, eu era pesado, 106 kilogramas, dor de cabeça e emagreci bastante (10 kilogramas) e vou emagrecer mais. Faço caminhadas todos os dias” (entrevista 41).

Em relação à pergunta se houve mudanças em seu estilo de vida, têm-se as seguintes categorias de respostas:

- Não mudou nada:

Alguns entrevistados disseram que nada mudou.

-“Não, nada mudou, eu continuo a minha vida normal, correndo sempre atrás do tempo, porque se a gente pára a gente pára mesmo, né, então não dá pra parar” (entrevista 53).

- Não houve mudança, mas no final da entrevista se referiu a mudanças:

-“Não, quer dizer eu morro de medo de comer sal, porque eu tenho medo de ter um derrame” (entrevista 43).

- Não lembra das mudanças, mas acredita que não:

Uma entrevistada que apresentava múltiplas patologias disse:

-“Acho que não, sei eu, porque são tantos médicos” (entrevista 40).

- Não lembra das mudanças, mas acha que sim:

Alguns entrevistados dizem que mudaram, mas, não sabem dizer o que.

-“Modifiquei em várias coisas, e a gente não nota sabe, mas modifiquei muita coisa” (entrevista 62).

E em outra entrevista:

-“Eu acho que mudou, eu não saberia explicar pra você o que mudou, mas mudou muito a minha vida depois que eu comecei a participar aqui das orientações, que elas fazem pra gente. Acho que foi uma melhora bem mais melhor do que antes, entendeu? Eu acho que melhorou muito minha vida na saúde, sabe eu acho que melhorou muito” (entrevista 50).

E mais, o seguinte relato:

-“Eu acho que já, mas a minha memória é muito ruim” (entrevista 48).

- Tentou mudar mais não conseguiu ou é muito difícil:

-“É eles pediram uma série de coisas, vamos dizer de regime pra gente, mas eu começava e não agüentava aquilo e continuava comendo aquilo de novo, mas nunca me fez mal. Eu tentava, ia até uma altura e parava” (entrevista 54).

Em outra entrevista:

-“Somente o alimento, eu olho na listinha de comida, mas é difícil seguir. Não tem jeito, não” (entrevista 57).

E ainda:

-“[...] parei (com a caminhada), por causa da parte financeira, porque tenho que comprar tênis e não posso e com sapato é muito ruim. Então não deu ainda pra isso” (entrevista 59).

Isto leva a pensar se as orientações recebidas estão se baseando nas características da comunidade, respeitando as diferenças individuais, pois se são orientações padronizadas, tidas como ideais, realmente, muitas pessoas não conseguem seguir e desistem em participar dos programas.

- Mudou e sabe o que mudou em sua vida:

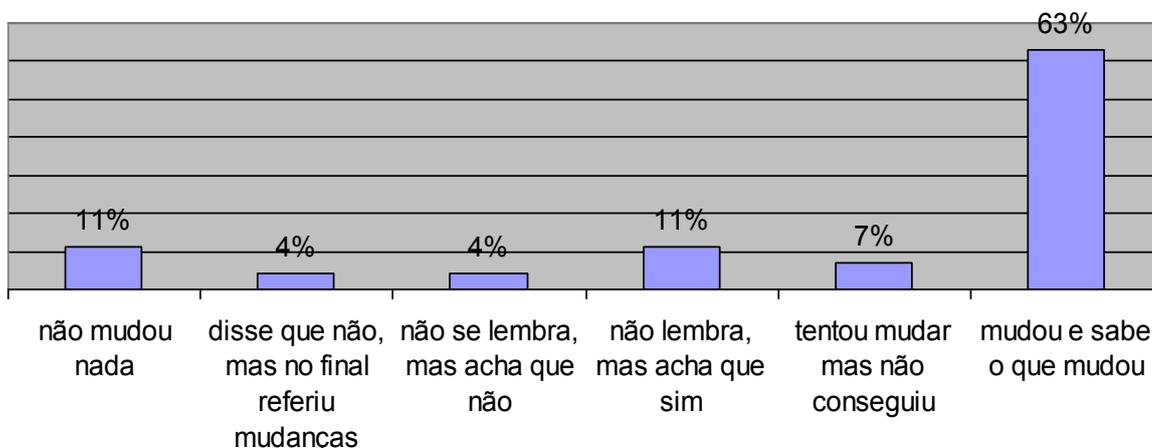
A grande maioria falou que mudou seu estilo de vida. Mesmo alguns que disseram não ter tido orientação. Claro, que nesse momento temos que levar em consideração que educação em saúde não acontece apenas nas Unidades de Saúde, mas também através da mídia com programas de televisão, radio e jornais e nas conversas entre amigos e parentes. Quem sabe seja neste sentido que teve mudança de comportamento, mas nega que recebeu orientações.

-“Sim, eu fui fazer exercícios, procurei fazer exercício e sempre estou praticando o que aprendi com eles, né. Cuidar na alimentação e me manter sempre pra cima, né? Procurar não voltar em coisas antigas, então eu to fazendo o que eu posso pra fazer esse equilíbrio na pressão e na vida” (entrevista 60).

E também em outra entrevista:

-“É eles falaram que era pra diminuir o sal, comer frutas, né. Eu era bem gorda, bem mais gorda do que hoje, pesava quase 120 kilogramas quando comecei no grupo” (entrevista 55).

**Grafico 13: O senhor(a) teve alguma modificação na sua vida por causa das orientações recebidas?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Quando foram perguntados sobre o que queriam que fosse diferente, foi possível estabelecer as seguintes categorias de respostas, conforme o Gráfico 14.

- Nada de diferente: foi a maioria das respostas.

Os usuários disseram estar satisfeitos com o programa.

-“Não, não, eu acho que ta bom assim para mim” (entrevista 37).

Apenas uma pessoa que disse estar bom, fez uma ressalva importante:

-“Eu acho que ta bom, pode ser que tenha alguma coisa para melhorar, mas é melhor nós termos esse do que nada, né. As vezes a gente começa a colocar muito obstáculo e acaba atrapalhando uma coisa que está indo tão bem[...]”(entrevista 39).

Nessa fala observa-se a atitude de oprimidos, mostrando-se satisfeitos com o que tem e com medo de perderem o que têm.

- Desejo de atividades físicas ou educativas:

Em algumas entrevistas os usuários disseram:

-“Ah, dar atividade, né, porque aqui não tem e têm muitos por aí que tem. O dia do idoso ou cada reunião. Eu gostaria que tivesse” (entrevista 55).

E ainda:

-“É eu gostaria que tivesse palestra. Só que comia muito tempo da gente, mas enquanto a gente fica esperando ali no posto, a palestra poderia estar correndo, né” (entrevista 63).

E em outro relato:

-“Eu gostaria que eles conversassem com a gente e explicassem melhor a causa do problema que a gente tem, como é que a gente deveria usar o remédio direito, se o remédio ta fazendo efeito, sim ou não. Isso eu gostaria que fosse feito, porque a gente vai tomando, tomando e chega uma época que não funciona direito [...]” (entrevista 49).

- Demora nos atendimentos:

Em algumas entrevistas foi colocado o problema da demora nas consultas:

-“[...] a demora é que castiga um pouco, hoje eu o aqui desde há uma hora e já são mais de ter horas” (entrevista 57).

- Atendimento por especialista:

Uma entrevistada colocou que gostaria que tivesse cardiologista no posto

-“Seria uma maravilha se tivesse cardiologista no posto, porque é tão ruim ir tão longe” (entrevista 48).

- Ambiente apropriado para o programa:

Uma entrevistada ligada ao conselho local de saúde colocou que:

-“Eu acho que vem aqui, sabe não sei como é aqui na Igreja. Eu gostaria que tivesse um lugar pra gente mesmo, pra que a gente não precisasse depender daqui. Na Igreja às vezes fica meio atrapalhado, que é uma coisa que é preciso. Gostaria que tivesse um lugar perto. Não é possível e aí eu já estou querendo demais, né?” (entrevista 62).

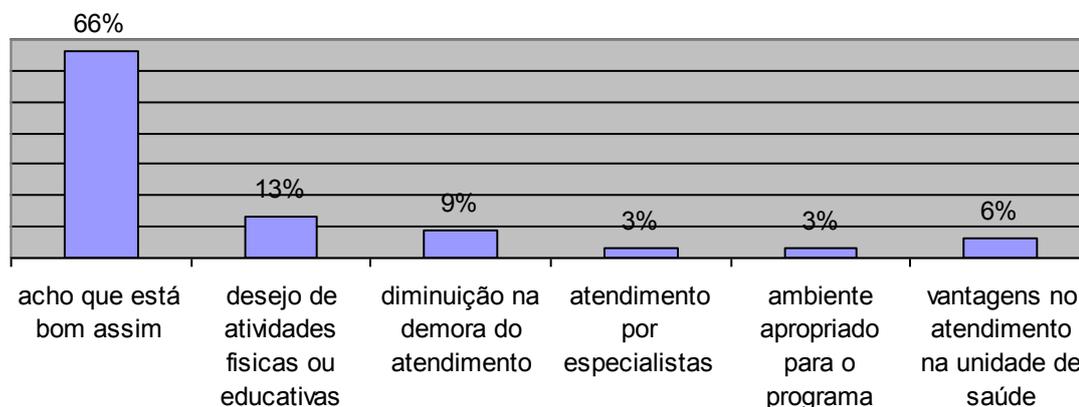
- Vantagens no atendimento na Unidade de Saúde por ser do programa de Hipertensos (as):

Os usuários comentam das vantagens de integrarem o programa de hipertensos:.

-“Ah, coisa diferente, sim. O que eu queria era que eu chegasse lá, e com ela ta vendo que eu já estou no programa, né, o que eu precisasse ali, eles me atendessem, né [...]” (entrevista 33).

Essas opiniões estão expressas no gráfico 14 para melhor visualização.

**Gráfico 14: O(a) Senhor(a) gostaria que o programa fosse diferente?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Quando perguntados sobre a importância do programa de hipertensos, todos responderam ser muito importante, conforme o Gráfico 14. Quanto ao motivo varia em:

- Receber orientações:

A maioria dos entrevistados colocou a importância nas orientações recebidas:

-“Ah, é bom, porque a gente tem orientações e tem o dia certinho que a gente vem né, então é muito bom” (entrevista 58).

E em outro relato:

-“É bom, porque orienta bastante coisa” (entrevista 36).

E ainda, em outra entrevista:

-“Acho, que é muito importante porque a gente fica sabendo como é que ta a enfermidade da gente pra poder se cuidar melhor e tendo o programa à gente sempre ta corrigindo algumas coisas, né” (entrevista 59).

- Amizades e evento social:

Alguns entrevistados colocaram a importância nas conversas com os amigos, com outras pessoas com a mesma patologia e com a equipe de saúde de uma forma mais informal.

-“É importante. Eu acho que e porque ali a gente fica mais a vontade pra você conversar com as meninas e com o próprio medico, do que lá (Unidade de Saúde). Lá tem horário e é tudo corrido né, e ali você fala com elas”(entrevista 61).

Em outra entrevista tem-se:

-“Eu acho e como é. Às vezes a gente sofre pesando alguma coisa e aí faz uma pergunta pra um colega e às vezes a idéia dela é diferente da minha, né” (entrevista 51).

Outro entrevistado colocou:

-“Eu acho, pra mim eu acho. Porque é uma coisa assim que a gente, como é que se diz, tem o remédio e a amizade” (entrevista 35).

- Receber o medicamento:

Muitos entrevistados colocaram o recebimento do medicamento como a importância do programa. Para a maioria dos funcionários esse é o principal motivo de freqüentarem o programa seguido da atividade social. Mas nas respostas obtidas, foram as orientações que tiveram maior índice de respostas, seguida de medicamento e evento social.

-“Eu acho que é, porque as pessoas vão lá, né, se sentem à vontade de pegar os remédios, tem menos tumulto e fica tudo mais a vontade” (entrevista 40).

Em outra entrevista tem-se:

-“Eu acho que é. A gente pega o remédio, que a gente tem dificuldade pra comprar e é muito bem tratada pelas meninas, é importante, né” (entrevista 38).

E ainda tem aqueles que disseram:

-“É importante, né, porque poupa a gente de comprar o remédio, que a gente pega aqui e a gente pega pra todo o mês, né, e dá certinho assim, né” (entrevista 45).

- Receber o atendimento fora da Unidade de Saúde:

Ou ter vantagens no atendimento.

-“É muito importante, eu nem tenho palavras mais, já pensou ter que ir ao posto. Que bem faz e agora tem todos os meses e sempre que tem alguma coisa eles avisam, né” (entrevista 62).

Outro entrevistado colocou que:

-“Muito importante, porque eles levam consulta na casa, qualquer coisa levam na casa e não precisamos ir. Eu gosto do programa”(entrevista 44).

- Pelo atendimento em si:

Alguns entrevistados colocaram ser importante, mas não souberam dizer o porquê, citando ser pelo próprio atendimento.

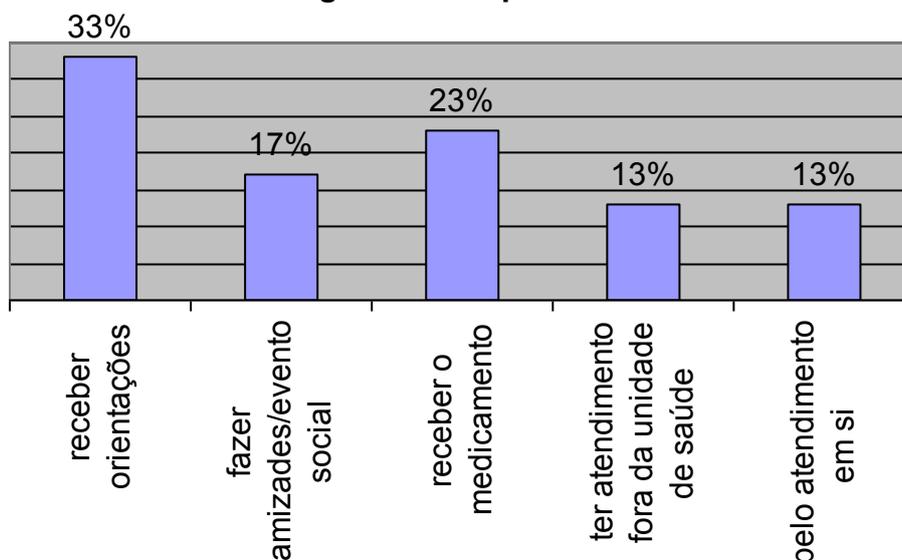
-“Muito importante, para os hipertensos é muito importante, olha eu vou te falar, pode reclamar alguns, reclamam do posto de saúde nosso, porque ninguém agrada a todo mundo, nem Deus agradou, mas para mim não

existem pessoas melhor, as meninas, todo mundo que atende: como médico, como enfermeiro, como agente de saúde” (entrevista 50).

Em outra entrevista, foi dito que:

–“Eu acho, porque a gente mede a pressão e pesa” (entrevista 47).

**Gráfico 15: Por que você acha importante o Programa de Hipertensos?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Na pergunta sobre o que faz como tratamento para hipertensão teve as seguintes categorias, de acordo com o Gráfico 16:

- Tomo apenas o medicamento:

Alguns entrevistados disseram que só tomam o medicamento e mais nada.

–“Tomo comprimidos, só os remédios” (entrevista 57).

E outro entrevistado disse que:

–“Só tomo o remédio, e não faço mais nada” (entrevista 34 e38).

- Toma a medicação e cuida na alimentação:

–“Olha, eu nem sei te dizer. Eu tomo o remédio, como a comida com pouco sal, cuido muito na comida assim, o tipo da comida [...]” (entrevista 63).

–“Eu tomo o remédio e como sem sal. Quase sem, nem dá pra sentir o sal, pra mim ta tudo bem, do jeito que ta, um pouco mais, um pouco menos, salada sem óleo e vinagre. Faço um temperinho francês e jogo por cima. A gente tem que se cuidar” (entrevista 37).

- Cuidados com a alimentação:

A maioria das respostas colocou a dieta como a única coisa que faz para melhorar a pressão arterial.

-“Ah, eu evito o sal, evito coisas gordurosas, frituras. Ajudam a baixar a pressão. Faço coisas assim” (entrevista 58).

-“Eu como pouco sal, não fumo, não bebo, me cuido com açúcar e uso adoçante” (entrevista 52).

E em outra entrevista foi dito:

-“A gente tem que é o negócio de comida, comer pouco sal, pouco azeite que pediram para diminuir também e a carne, não comer muita gordura e tem uma médica ali no posto que disse isso para mim” (entrevista 45).

- Medicamento, atividade física e dieta:

-“Além do remédio e da caminhada, cortei o sal, açúcar, gordura, carne gorda, gordura que tem ali. Ele (Médico) cortou tudo, né (entrevista 41).

-“Tomo o meu medicamento todos os dias. Tomo de manhã e tomo de tarde. Eu faço caminhada. Comida minha é sem sal, a gordura é coisa mínima, fritura, a gente quase não tem em casa. Então tem bastantes coisinhas que deixei de fazer. Levanto todos os dias, eu gosto de levantar cedo, 06h15min eu to de pé, 06h30min eu to lá fazendo caminhada” (entrevista 39).

- Medicamentos e medicamentos caseiros:

-“Eu procuro sempre tomar os remédios que o médico passa e às vezes um remédio caseiro, pra abaixar a pressão arterial” (entrevista 59).

Outro usuário colocou que:

-“ Tomo muito chá . chá de sete ervas , porangaba (é bom pra a circulação do sangue , porque eu sou muito gorda . eu to com 135 kilogramas), então a eu tomo muita porangaba.( entrevista 46)

E no relato a seguir:

-“Tomo o remédio e bastante chá. Chá de folha de ameixa pra abaixar a pressão, não sei se abaixa, ou se é força de vontade, mas parece que dá uma clareada e tomo o remédio, nunca deixo de tomar o remédio, né.” (entrevista 54)

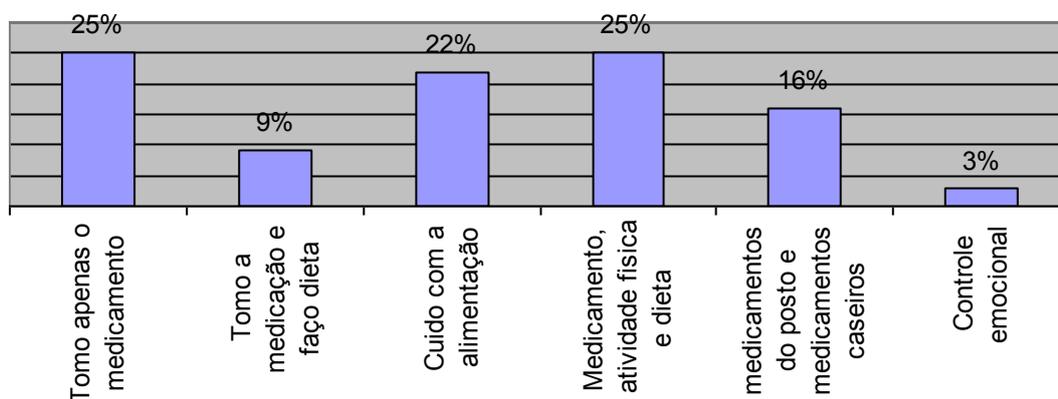
- Controle emocional:

Uma entrevistada colocou como tratamento a manutenção do equilíbrio emocional.

-“Chá de erva de são João, tomo muito e funciona, pois a erva de são João controla os nervos, né, pois eu andava muito nervosa e aumenta a pressão e tomo muito chá amargo” (entrevista 42).

Com essas respostas verifica-se que a maioria das pessoas tem alguma mudança em sua conduta no estilo de vida para controle da pressão arterial, evidenciando que em algum momento tiveram a orientação para tal. Estas respostas serão melhor visualizadas no gráfico abaixo, onde fica claro que os hipertensos cuidam de sua saúde de diferentes formas.

**Gráfico 16: O que o senhor(a) faz como tratamento para Hipertensão Arterial?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Quando perguntados sobre o que mais fazem, a maioria referiu que faz uso principalmente de chás, dos mais variados. Alguns referiram orientações pela televisão, mas a maioria é pelo conhecimento popular passado através de gerações ou de vizinhos e amigos, como no Gráfico 17.

- Não fazem uso de nada além da medicação:

Apenas oito entrevistados.

-“Apenas tomo o remédio, e não faço nada, só tomo o remédio mesmo” (entrevista 34).

-“Só faço o que o médico mandou, pois já tentei tomar chá e não adiantou nada” (entrevista 44).

- Fazem usos de chás dos mais variados:

-“Chás às vezes eu tomo. Porque nem sempre a gente vem no medico, não. Minha irmã e minha mãe que era baiana que conhece chás e que orienta. Lá no norte remédio é tudo caseiro, né, uai” (entrevista 57).

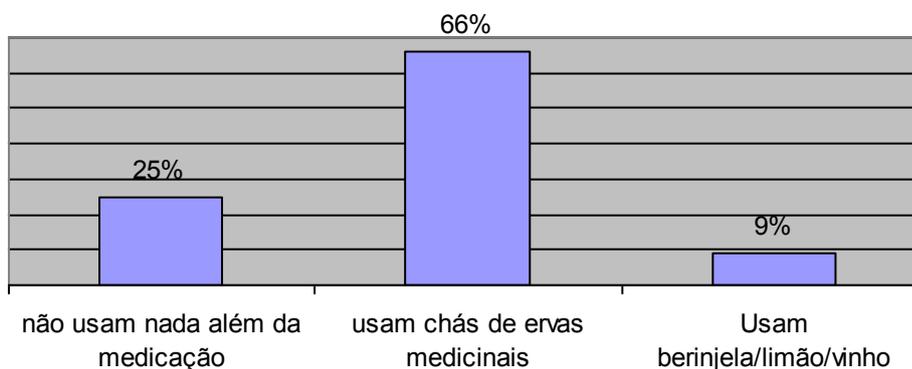
-“Eu faço, às vezes quando ensinam um chá e dizem que é bom, eu tomo” (entrevista 43).

-“Chá, eu tomei aquele urucum, tomei pó de maracujá, mas acho que pra bater o remédio não tem. Tem que ser o remédio. Se o vizinho ensinar eu não tomo qualquer coisa, né. Se ele tomar e sarar” (entrevista 54).

- Usam outras coisas como berinjela/ limão/ vinho, entre outros:

-“Não, a pressão eu às vezes tomo limão que eu sei que abaixa, pois ele abaixa a febre, vai abaixar a pressão também e os remédios eu tomo” (entrevista 36).

**Gráfico 17: O que o senhor(a) toma ou faz para melhorar sua pressão arterial além da medicação fornecida pela Unidade de Saúde?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

As entrevistas com os trabalhadores de saúde foram realizadas após a identificação com as Equipes, das pessoas que realizam as atividades educativas. Isto causou uma diferença no número de entrevistados, pois em duas das Unidades de Saúde pesquisadas, apenas alguns componentes das Equipes faziam atividades educativas e em uma das Unidades de Saúde, todos os trabalhadores de saúde eram responsáveis por tal atividade. Os profissionais citados foram os que participaram das atividades educativas observadas, confirmando a informação recebida. Os profissionais de saúde foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme anexo 7, e as entrevistas seguiram o roteiro do anexo 6.

Na primeira pergunta, na qual foi questionado sobre como se planejam as atividades educativas e análise deu-se em conjunto com a segunda pergunta sobre a decisão dos assuntos, pois as respostas estão interligadas.

As Equipes que vão com os assuntos pré-determinados, falaram que se preparam para as atividades, estudando e pesquisando. Nesse momento as respostas que ocorreram foram categorizadas da seguinte maneira:

- A equipe:

A grande maioria dos entrevistados respondeu ser a Equipe quem planeja e decide os assuntos. Em duas das três Unidades de Saúde há uma reunião no início do ano, quando são decididos os assuntos a serem desenvolvidos nas atividades durante o ano.

-“É decidido pela equipe, né. É dividido por equipe. Esse ano tem uma pauta que todas as equipes, têm que estar falando do mesmo assunto no mesmo dia. Hoje vai falar sobre alimentação hipossódica, caminhada, fica decidido daí” (entrevista 6).

Em outra entrevista tem-se que:

-“Pra planejar a equipe toda está junto, né, daí a enfermeira faz, e a equipe toda faz. Quem planeja como fazer, ela faz a parte do planejamento” (entrevista 13).

E o seguinte relato:

-“Na verdade a gente trabalha em equipe, então a gente planeja no começo do ano ou no final do ano anterior, e já faz o planejamento do ano inteiro” (entrevista 23).

- O médico e a enfermeira:

Mesmo nas Unidades onde há a reunião para decisão dos assuntos, alguns profissionais colocaram que a decisão no final é dos profissionais de nível superior como médicos e enfermeiros.

-“As minhas atividades eu (médico) planejo sempre com a enfermeira, né. Então quando a atividade de planejamento familiar planejo com a enfermeira e as gestantes também, ela que trabalha com as gestantes, ela que organiza e faz tudo e as do hipertenso também” (entrevista 3).

Em outra entrevista:

-“A gente planeja sempre com a equipe né, com a enfermeira, com as auxiliares de enfermagem, com os agentes comunitários, isso dentro dos programas, né” (entrevista 28).

- A enfermeira:

Mesmo tendo a reunião de equipe para alguns profissionais o responsável é a enfermeira.

-“Na verdade a gente não tem só uma pessoa que fala, quando a gente fala, fala um, e outro. Esse ano na verdade a gente fez bem pouco e o ano passado que a gente fez mais. Aí a enfermeira, ela escolhia o tema e dizia tal dia, tal pessoa vai falar sobre tal assunto, então já tinha né, na verdade

ela que fazia o planejamento, a gente pesquisava se não soubesse alguma coisa, porque geralmente tem que ser alguma coisa bem rápida, não pode demorar muito porque eles já começam se alterar, eu quero ir embora, tenho coisas por fazer e aí a gente tem que fazer bem rápido, a hora que eles chegam falar e já entregar a medicação” (entrevista 7).

Em outra entrevista tem-se que:

-“Eu (enfermeira) planejo conforme o dia do programa, então se for do hipertenso a gente pega itens mais centrados no programa mesmo, então a gente fala de dieta, exercício físico, tabagismo e eventos como caminhada, atividades físicas, hoje eu convidei para dois eventos ou às vezes a gente pergunta pra comunidade, sobre o que querem falar, lactente geralmente sobre amamentação. Hoje eu fiz : dei um convite da caminhada que é um projeto da comunidade-escola e um evento lá da sociedade umbará, foram itens que vamos convidar e vamos falar da importância da atividade física”(entrevista 8).

Há ainda o seguinte relato:

-“Olha, tem a enfermeira, a nossa enfermeira que procura o que está mais precisando. Às vezes a gente conversa com os hipertensos e a gente procura saber alguma coisa deles, e aí a gente leva ao conhecimento, né, e ela sabe que aquilo, então eles também ajudam, a gente vê a dificuldade deles pra planejar a atividade” (entrevista 12).

Em outra entrevista:

-“Na nossa equipe não é a equipe que planeja nossas atividades. É a enfermeira da área que já vem com tudo pronto, aí vem um papel para padronizar que às vezes a gente esquece de alguma coisa” (entrevista 19).

- Quem faz a atividade:

Apenas três entrevistados referiram ser que faz a atividade e um deles colocou ser a comunidade que sugere o assunto.

-“Então no início do mês, como eu trabalho com hipertensos e diabéticos, eu penso o que eu vou falar para eles, né, naquele mês. Como muitas vezes não só a parte sobre hipertensos e diabéticos, mas outras orientações que às vezes é muito válidas, né. Até para eles, saírem daquela realidade da doença, como no mês passado eu falei para eles, sobre o cuidado com os cães, pois na nossa realidade tem muita mordedura de cão então tipo assim, aí eles ficam com essa informação e todo mês eu busco uma informação nova para dar para eles” (entrevista 1).

Há o seguinte relato, em outra entrevista:

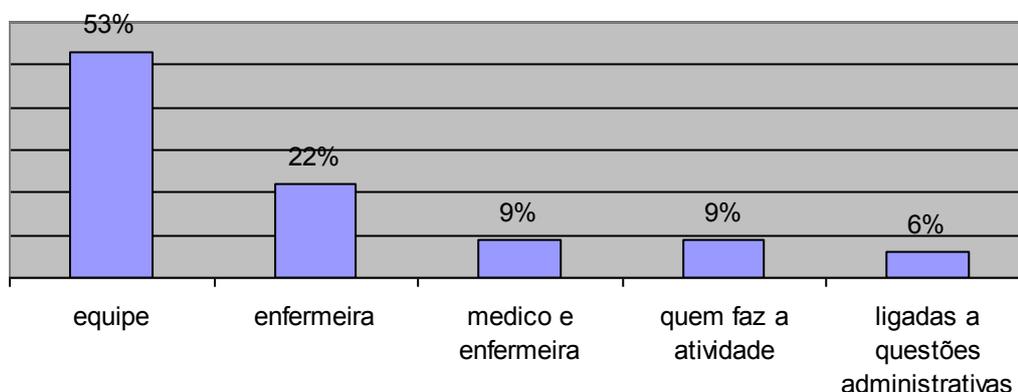
-“É na verdade, eu me baseio no que o grupo, no que eu percebo naquele momento que seja um assunto de interesse do grupo. Então se o que tá correndo é que o clima, que está muito frio, é um mote pra poder falar sobre clima e hipertensão arterial, se está falando da festa junina, bebida alcoólica, quentão e tudo mais, se tá passando um momento difícil de violência, esse tema daí vamos falar de stress e hipertensão. De qualquer forma um tema que seja relevante pra aquele momento para o grupo” (entrevista 5).

- Relacionadas com questões administrativas (protocolos, campanhas, entre outros):

-“A gente procura ver um assunto que está mais com a semana como, por exemplo, a semana da tuberculose, de acordo com a Secretaria, o Ministério, etc.” (entrevista 11).

Observamos no Gráfico 18, que a maioria é decidida pela equipe, seguido das enfermeiras.

**Gráfico 18: Quem decide os assuntos e planeja as Atividades Educativas na Unidade de Saúde?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Quando questionados, como faz, a imensa maioria disse ser na forma de palestras, na pedagogia da transmissão. Apenas três entrevistados colocaram situações diferentes. Nesta pergunta têm-se as seguintes categorias de respostas:

- Palestras:  
-“Depende, né. Então a maioria das vezes, fazendo palestras mesmos, né, assim, ou às vezes fazendo debates, chego lá sem ter preparado nada, só as duvidas que aparecem, principalmente no planejamento familiar, tem as duvidas e é dada essa oportunidade para tirar as duvidas, né”(entrevista 3).

Em outra entrevista

-“A gente procura falar, assim mais ou menos, da maneira mais fácil, mais simples que eles entendam, a gente não fica lendo muita coisa. mais ou menos a gente dá uma estudada e fala na linguagem que eles entendam, não adianta você ficar lendo muita coisa ali porque eles já tem , o tempo passa e acaba que eles não entendem nada . Se vai falar de dieta a gente fala não adianta assim, se vai falar de dieta , em dieta hipossódica que eles não vão saber o que é isso , tem que falar, tem que tomar cuidado de com o sal , a alimentação[...]” ( entrevista 7).

O seguinte relato em outra entrevista:

-“Bom, digamos que hoje é dia do programa. Tem sempre uma palestrinha, digamos que a gente vai falar da alimentação do paciente. A gente é dividido em grupos. Então tem um grupo x de pacientes aqui na minha frente, né, a gente chega conversa com eles e vai explicar. A gente vai conversar sobre cuidados com a alimentação. Então a gente vai falar sobre os cuidados, o que tem que evitar o que pode comer, o que não pode comer, pra quem hipertenso e diabético, evitar a fritura, gorduras, né o que tem que fazer, tomar bastante líquido. Comer verdura, fazer atividade física. acho eu é por aí”( entrevista 13).

Também em outra entrevista tem-se o relato abaixo:

-“Geralmente sou eu que faço isso, sempre acham que enfermeiro tem cara de orador, e a gente, eu que falo, então no hipertenso que teve passado, então eu divido o tempo, 3 horas e divido para o doutor um tempo, a dentista tem mais um tempo (não muito), o enfermeiro, o agente comunitário, ou outra pessoa que tenho a para falar. Eu não gosto que tenha muita coisa, porque atrapalha, né e as vezes, você põem um assunto que atrapalha mais. O máximo é três, três assuntos só dependendo do tempo” ( entrevista 25).

- Palestras com folder:

-“Eu abordo eles no tema e forneço folder falando alguma coisa, né. Alguma coisa sobre a dieta que tem que fazer” (entrevista 16).

- Atividade iniciando com perguntas instigadoras:

Apenas um entrevistado colocou o fato de direcionar a as atividades educativas de acordo com os sujeitos envolvidos.

-“Normalmente as pessoas ficam em círculo e eu procuro fazer perguntas instigadoras assim, na verdade eu faço perguntas e eles vão respondendo. eu procuro fazer com que todos participem com que as pessoas falem o que sentem e propor usar, asseverar as informações, concordar com tudo que é possível de conhecimento e até redirecionar as informações conforme vai ocorrendo a participação dos hipertensos” (Entrevista 5).

- Atividades participativas:

Uma das entrevistadas colocou que sua atividade educativa é mais na base dialógica.

-“Converso com eles e pergunto pra eles. Eu faço uma oficina mais dinâmica, direcionada, eu falo um assunto e vejo o que eles querem perguntar e saber, não fico só falando e ai começa né, perguntas e respostas mesmo, orientação” (entrevista 31).

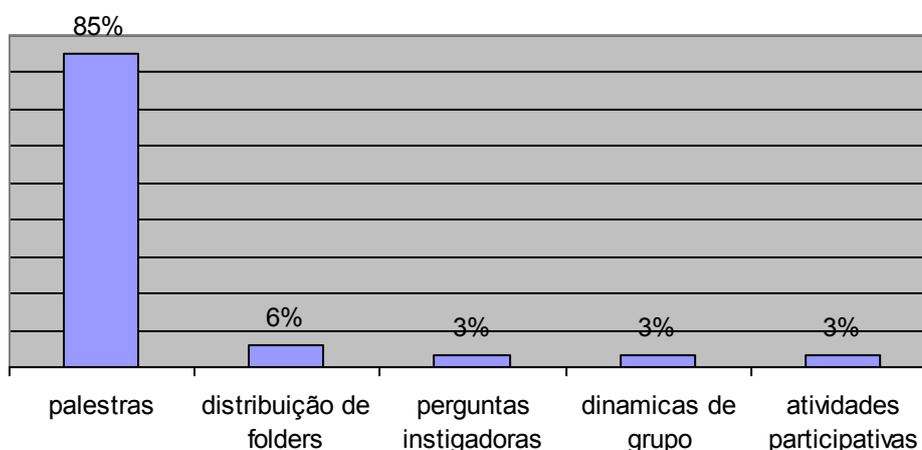
- Dinâmicas de grupo:

Teve apenas uma entrevistada que colocou que fez dinâmica de grupo em um momento educativo

-“Teve uma que fizemos assim. Uma pessoa era o colesterol, outro era o cigarro, outro era o sal outro o triglicerídeos, né, a diabete, etc. E ai colocamos a porta como sendo a célula e a sala era o coração. Primeiro colocamos o sangue passando normal trazendo o oxigênio e os alimentos, tranqüilo e depois colocamos algumas pessoas que eram os fatores de risco na porta e ai passavam com dificuldade , explicando a importância da dieta” (Entrevista 32).

No Gráfico 18 abaixo observamos, que as palestras são a forma predominantemente, colocando aqui, que são palestras na pedagogia da transmissão.

**Gráfico 19: Como faz as Atividades Educativas?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Quando questionados sobre treinamentos, os componentes das Equipes responderam:

- Treinamento pela instituição:

De todos os entrevistados apenas um, teve um treinamento oferecido pela Prefeitura Municipal de Curitiba, sendo em 1993.

-“Tive capacitação pedagógica em 1993. Acho que foi o único curso que teve preparatório” (entrevista 5).

- Nunca teve treinamento algum:

A maioria dos entrevistados, disseram nunca terem tido treinamento algum.

-“Não, eu mesma na verdade não tive preparo de ninguém, eu procuro estudar, fazer pesquisa mesmo, eu acho importante” (entrevista 2).

E em outra entrevista:

-“Especificamente, né. Não a gente vai falando assim. Quando eu entrei no PSF eu pensei, aí, imagine eu vou chegar lá e vou falar, aí a gente vai pegando o jeitinho né, vai conversando com a comunidade. Porque não pode chegar dando uma aula, né, tem que falar brincadeiras, do jeito dele, não usar muito termo técnico né porque ele não presta muita atenção então tem que ser bem específico, objetivo e rápida, não adianta dá uma aula, por que senão o pessoal cansa” (entrevista 8).

Há outro relato:

-“Não. É o que aprendemos na escola e algumas orientações das nossas chefias mediatas e imediatas, o que também eu acho muito ruim” (entrevista 10).

Em outra entrevista:

-“Acho que a gente vai aprendendo com a vida. Assim têm uns que tem mais habilidade para falar outros menos. Assim treinamento mesmo não teve. A gente vai tendo que no dia a dia, é lógico a gente vai aprendendo, em relação ao trabalho da gente mesmo. E nos estamos aprendendo e estamos buscando o conhecimento para o paciente” (entrevista 13).

E ainda em outro relato:

-“Olha, preparo assim, um curso para isso não, nem no Programa de Saúde da Família também não, isso é mais do dia-a-dia, mesmo, da prática. [...] Tenta de um jeito, tenta do outro, às vezes volta em uma coisa que já fazia, mas assim treinamento específico para ação educativa eu nunca tive formação nisso né. Então quando eu saí da área que eu fazia clínica e vim para o Saúde da Família, foi uma das coisas diferentes que eu achei [...]” (entrevista 28).

E em outra entrevista:

-“Não, eu nunca tive treinamento. Treinamento foram os 11 anos de PSF, e no começo, vou falar, aí, que tédio. Comecei no Palmeiras, lá no Tatuquara. No começo ia com médico, com a enfermeira, e como o médico tinha mais prática, aquela coisa toda, por causa de faculdade e a enfermeira também, então eles já tem mais aquela dinâmica, então a gente ia pegando.[...]” (entrevista 30).

-“Como todos não. E no começo eu me bati. A gente se bate é claro, a gente não é professor e no começo que eu entrei aqui foi um baque, né porque eu tinha que dar palestras, como eu ia dar palestra se eu nunca tinha tido isso. Foi bem difícil, viu” (entrevista 31).

- Em outras formações, nem sempre básicas para sua atuação, como por exemplo, um auxiliar de enfermagem que fez licenciatura em biologia, uma enfermeira que fez mestrado no segundo grau:

-“Não, a gente vai vendo. Quando eu comecei a fazer graduação, melhorou bastante, porque com relação à fisiologia. Terminei biologia agora esse ano. Antes não tinha conhecimento sobre pressão alta diabete, mas um conhecimento mais ou menos, mas como era.” (entrevista 4)

-“Não tive. O preparo a própria vida deu, mas eu nunca fui preparada para fazer oficina. Como eu fiz enfermagem há muito tempo e aí me dispus a trabalhar com saúde na família, e você sabe que tem que fazer né. (Após a entrevista disse que no segundo grau fez magistério).”(entrevista 29)

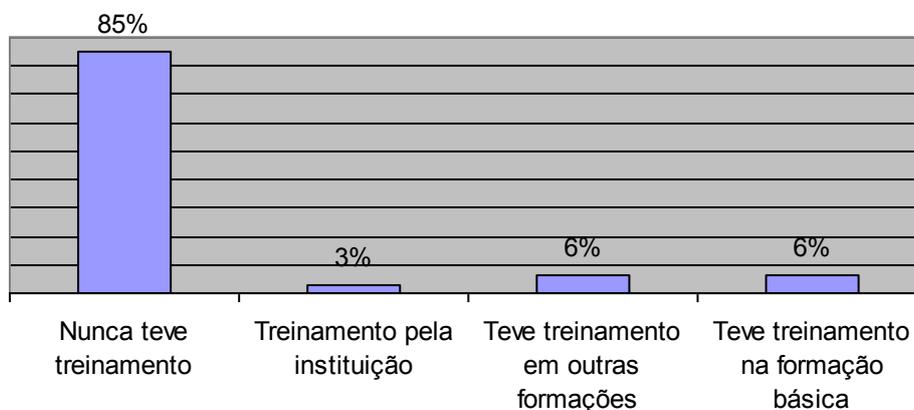
- Durante a formação básica de sua atividade:

As respostas indicaram o seguinte: tivemos uma enfermeira que teve capacitação pedagógica na especialização para saúde da família e uma auxiliar de enfermagem que teve formação pedagógica no curso.

-“É que eu tenho especialidade em PSF, saúde da família, então a gente tem né capacitação pedagógica” (entrevista 20).

-“Desde meu curso de auxiliar de enfermagem, que eu fiz no Catarina Laboré, a gente tinha que fazer palestras, na época a gente foi treinado para fazer atividades de educação em saúde nas escolas. Eu nessa parte não sinto dificuldade, educação em saúde, sobre prevenção. Ontem nós tivemos oficina e eu fiquei com parte de aleitamento materno e a enfermeira com a parte de planejamento família” (entrevista 23).

**Gráfico 20: Teve algum treinamento específico para realizar Atividades Educativas?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Quando perguntados sobre a importância das atividades educativas, apenas uma das entrevistas disse que não acha muito importante, enquanto a maioria disse ser importante por diferentes motivos (Gráfico 21):

- Não acha importante.

Apenas uma entrevistada colocou que não acha muito importante, ao contrário dos outros participantes que acham importante.

-“ Não muito . Pros hipertensos não acho . pode ser que pra gestante que tá ansiosa pra ter filho uma mãe que vai cuidar de uma criança. Mas os

hipertensos só vão lá pra ganhar o remédio , eu acho que o que é importante é o momento da consulta , que você orienta que você fala, e o paciente está na sua frente prestando atenção , mas aqueles momentos lá eles não tem paciência nenhuma, são pessoas de idade e não param quieto , vão com neto, né eu não acho importante, mas é exigido, né” (entrevista 31).

- Importante por ser prevenção:

-“Acho que essas atividades educativas se tivessem mais, só eles, muita gente não viria no consultório, aqui na unidade de saúde, que é um mecanismo de encher a unidade de saúde. A gente deve prevenir para não encher mesmo [...]” (entrevista 4).

-“Acho que sim, acho que o diferencial do Saúde da Família é isso, e também é operacional que se tem uma comunidade muito grande você não consegue dar orientação individual e segundo que a proposta é as pessoas se verem , com afinidade e perceberem que não é só com elas que acontece aquele problema, participando e vendo que tem outras pessoas que conseguem resultado diferente”(entrevista 24).

-“Pra saúde coletiva, é o mais importante, eu acho que isso daí é fazer tanto saúde coletiva como PSF. Eu acho que é a chave da coisa, é orientar, porque o que acontece que vivemos conceitos diferentes, pois, é um posto de saúde mesmo e não de doença, então não quero que ninguém fique doente, quero sadio e prevenindo que não fique doente” (entrevista 25).

-“Eu acho, porque a saude coletiva é baseado em prevenção, né” (entrevista 29).

- Importante por descontrair:

-“Muito. Primeiro que descontraí eles, segundo que não é bom só para eles como pra gente também, né, às vezes a gente fala, fala, fala para o paciente e a gente não faz. É bom que a gente fala pra gente mesmo. A gente se educa enquanto ta fazendo atividade” (entrevista 19).

-“Eu acho, aqui eles gostam bastante. Eu acho bem importante. Acho importante porque você vê são hipertensos idosos que quase não saem de casa, não vê nada diferente e aqui você não tem muito tempo de ficar falando e lá é para o grupo inteiro, eu acho bem interessante” (entrevista 27).

- Importante por que os usuários precisam e não sabem:

-“Porque, na verdade é assim, eu acho que tudo que você passa, às vezes, a gente pensa que todo mundo sabe tudo e na verdade, não sabe, porque assim, a gente tem a informação, mas a informação a gente só tem a conscientização quando a gente sabe da importância da informação” (entrevista 1).

-“ Muito. Assim, você acha que os pacientes sabem um pouquinho , mas quando você chega lá , vê que a maioria não sabe nada. Até coisas que normalmente a gente sabe desde criancinha que a gente sabe, chega lá eles não sabem, principalmente em relação a alimentação , né” (entrevista 3).

-“ Acho, porque as vezes tem pessoas no meio de muitas que não tem conhecimentos das coisas , eles são diabéticos , não podem comer muitas

coisas , não podem comer açúcar, e a gente está provando pra eles que eles podem né consumir um alimento balanceado , né” (entrevista16).

-“Eu acho, que daí eles conseguem entender o porquê precisa fazer dieta, exercício físico, quais as conseqüências que vai ter se eles não fizerem, né acho bem interessante” (entrevista 21).

- Importante por que cria vínculos:

-“Porque eu gosto e gosto muito, e eles são tão assim carentezinhos da gente né , as vezes eles não querem nem tipo , não tão nem interessados em saber de medicação, saber de exercício físico de dieta , eles querem ver você , sabe, só sua presença lá pra eles , encham de animo” (entrevista 2).

-“Eu acho muito importante porque a gente cria um vínculo, bem especial, eles ficam como se fossem da família da gente, né. Então você conhece eles conhece a família, sabe como é a vida deles né, então faltou um, você já procura ver porque faltou, alguma vez você até sabe o porque que ele faltou ,mas a gente vai atrás” (entrevista 12).

- Importante para trocar informações:

-“Eu acho inclusive porque é um momento da gente trocar informação e até sintonizar com a população com as pessoas, até pra saber se o tratamento, ta indo no caminho certo ou não, se as ações estão indo no caminho certo ou não e particularmente permite que as pessoas participem e se sintam escutadas ouvidas na hora do programa” (entrevista 5).

- Importante como troca de aprendizado:

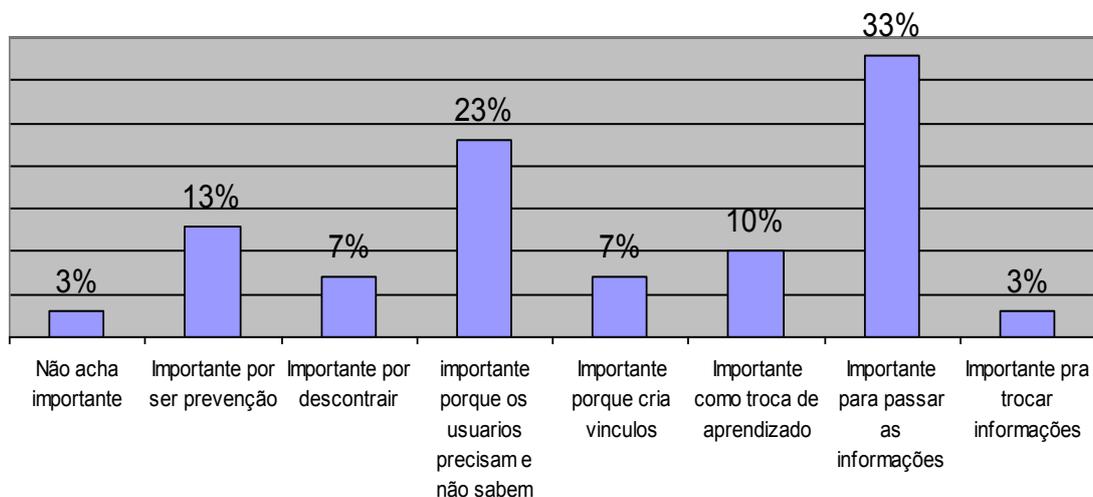
-“É importante né, a gente aprende” (entrevista 6).

-“É importante porque tanto a gente aprende como eles também, porque a gente coleta informações pra gente” (entrevista11).

- Importante para passar informações:

-“Muito porque tem pessoas que nem sabem por que estão no programa de hipertensos, e estão mais perdidos. É muito mecanizado, eu estou indo mais por que. Eu acho que essas palestras tem um papel muito importante porque eles vão entender o porque” (entrevista 10).

**Gráfico 21: Você acha importante o programa de Hipertensos? Porquê?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Na pergunta seguinte sobre os resultados positivos, as respostas permitiram estabelecer as seguintes categorias (Gráfico 22):

- Lembraram de casos específicos:

Alguns entrevistados lembraram de casos específicos, inclusive com os nomes dos pacientes:

-“Ah sim, o mês passado teve um senhor de 66 anos, que entrou com cheiro de cigarro, e eu falei que cheiro de cigarro e falei que faz muito mal pra saúde e orientei e não fui muito enfática. Conversei só com ele e ele veio um mês depois e disse doutora, eu parei de fumar, faz um mês que eu não fumo. Então foi muito importante né foi a última coisa que eu lembro assim, mas sempre tem alguma coisa boa” (entrevista 31).

Outro funcionário lembrou-se da seguinte situação:

-“Bom teve uma senhora que chegou na consulta de enfermeiro e estava bastante dispnéica e cheia de problemas . expliquei a dieta, a caminhada pra suar, queimar colesterol, e mais o medicamento. Na outra vez que ela veio , totalmente diferente e tinha emagrecido. Ela seguiu e deu certo”(entrevista 32).

- Não lembraram de casos, mas de situações:

A maioria dos entrevistados não lembrava de pessoas especificamente, mas de situações que costumam vivenciar.

-“ Especificamente uma situação com um paciente eu não me lembro , talvez assim no sentido de que algumas vezes as pessoas quando começavam a ação educativa , as pessoas tinham um conhecimento bastante avançado sobre, por exemplo quais eram os órgãos alvos

acometidos pela hipertensão, algumas pessoas se sobressaíram ali com um conhecimento acima da média, e revendo essas pessoas participaram de reuniões anteriores, então isso é gratificante”(entrevista 5).

E ainda em outra entrevista, temos que:

-“Algumas pessoas já vieram falar né. A gente falou sobre a caminhada, cuidados com alimentação. Têm alguns que falam eu não como pão eu não tomo nada sem uso adoçantes, mas come mandioca, batata, coisas que diabéticos no caso e agente orienta eles, e eles vão fazendo o teste e vão vendo que melhora a diabetes deles”(entrevista 16).

Tem-se em outra entrevista:

-“Tem muitos pacientes que agradecem, que dão retorno que dizem a eu to fazendo aquilo, a como é bom eu estou fazendo aquela caminhada, to cuidado da alimentação. A gente enfoca bastante se está tomando a medicação correta, se ta cuidando da alimentação, se ta fazendo caminhada, atividade física, se ta tomando bastante liquido. -ah, tomar dois litros de água não consigo. Tome 9 copinhos e água por dia, vai tomando que consegue atingir, sabe eles vão voltando contando. a nossa equipe é bem participativa”(entrevista 13).

- Lembraram de situação organizacional:

Como ponto positivo uma mudança na organização do serviço

-“ Ah, sim, antes de começar a dividir em grupo assim, a gente fazia todo mundo, ai era uma tragédia, para mim era extremamente ruim. Eu ficava desanimada, eu já nem queria fazer programa porque não adiantava, quando a gente mudou, no inicio eles reclamaram um pouco porque falavam: a eu cheguei primeiro e fui atendida depois, porque daí a gente divide, uma vez passa comigo, com a medica e não tem assim, mas depois do terceiro ou quarto programa que a gente fez assim eles começaram a gostar mais, até resultado, não sei se você estava aqui quando a gente fez o convite para a caminhada sábado, nossa nunca teve tanta gente na caminhada no sábado. No sábado que vem tem de novo. geralmente é de 15 a 20, foram 30 pessoas. Eu achei que aumentou bem”(entrevista 20).

E ainda em outra entrevista:

-“a gente fazia o programa de hipertensos lá na Igreja, e ai a gente ficou sem medico e ai a gente veio para a Unidade, nossa, mas eles chegaram a chorar, coitadinhos, porque não queriam, isso é um resultado positivo, não deixa de ser um resultado positivo, agora retorno, assim retorno do que você faz, bastante e foi um resultado positivo”(entrevista 30).

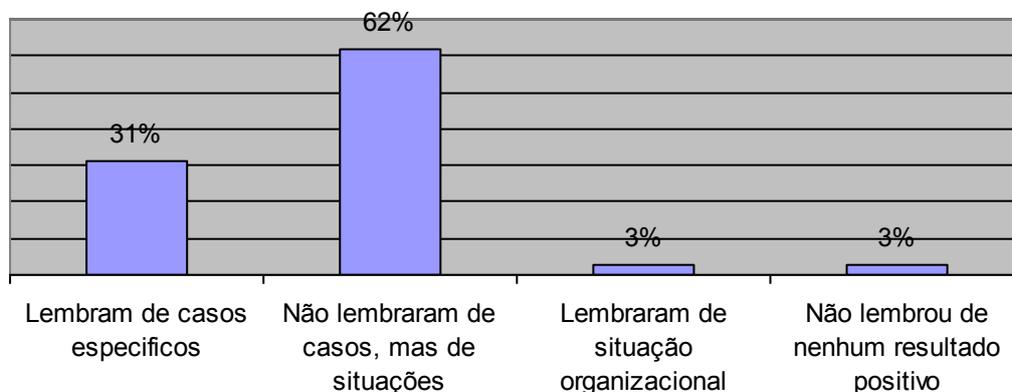
- Não lembrou nenhum resultado positivo:

Apenas uma entrevistada não se lembrou de nenhum resultado positivo.

-“ Olha, até hoje o que foi feito nenhum, não teve resultado, a área lá era bastante assim, não sei se porque a própria falta de educação não adiantava, por isso que eu acho que as palestras são boas, em termos. Se tivesse mais dinâmicas pra educação seria melhor, acho que eles assimilam muito melhor do que a palestra. Outra coisa as vezes a gente vê

distribuir folder, mas eles também não, eles são analfabetos. Eu sou hiper contra, acho que tem outras coisas, que sabe mais o visual assim” (entrevista 10).

**Gráfico 22: Você lembra de algum resultado positivo da Atividade Educativa?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Na próxima pergunta, foi questionado sobre o que acontece se uma atividade educativa programada não der certa, em especial se as pessoas não estiverem interessadas no assunto ou na forma como foi conduzida. Obteve-se as seguintes respostas que foram assim categorizadas ( Gráfico 23):

- Improvisa e muda a atividade:

A maior parte dos entrevistados, disseram ter vivido a situação, mas ter mudado a atividade, conforme a necessidade.

-“Eu refaço na hora, na verdade, é assim é, quando você planeja a educação de adultos , nunca dá pra imaginar que as coisas vão sair quadradinhas, a gente começa uma ação e depende muito como vai à aceitação e pra que lado vai à discussão, né. Eu refaço na hora, no momento de forma a resgatar o momento, a resgatar o que está acontecendo” (entrevista 5).

Em outra entrevista tem que:

-“Ai tem que improvisar. Eu acho que improviso bem eles sempre aceitam a minha improvisação” (entrevista 14).

E também em outra entrevista:

-“Acontece, eu acho que na hora você tem que... por isso que é bom interagir com o grupo porque sempre ele traz alguma coisa, às vezes você não está preparado ou eles. Sempre no grupo, a media é que tenha dez pessoas e sempre tem alguém para falar, e então você vai se aproveitando devagarzinho, o que ela vai falando, é uma troca né e agente aproveita assim quando está meio perdido” (entrevista nº26).

- Refazem em outro momento:

Alguns colocaram que mudam a atividade, mas tentam refazer aquela que não deu certo ou terminam e programam uma nova para o tema.

-“A gente sempre procura marcar para o próximo encontro e tenta falar de novo. É difícil isso acontecer, alias eu nunca tive assim um momento que não deu certo, né, se a gente por a caso vier a acontecer, a gente vai marcar pra um próximo encontro” (entrevista 19).

E em outra entrevista:

-“Eu tento modificar na próxima vez, fazer alguma coisa que motive, mas sinceramente eu tenho muita dificuldade em motivação” (entrevista 29).

- Faz a atividade mesmo assim:

Alguns entrevistados colocaram que terminam a atividade de qualquer maneira

-“Na hora dá um pouco de frustração, né, preparou material, coisa assim, e até vontade de não trabalhar com aquele grupo pequeno, por exemplo, você convidou 15 pessoas e vão 2 pessoas, não vai dar certo a atividade, né .ma na verdade você tem que dar valor para aquelas pessoas que vieram né” (entrevista 3).

Outro entrevistado disse que:

-“Aí, eu sinto um pouco não frustrado, porque se o objetivo foi falar sobre aquilo e se preparou para aquilo e sempre tem um paciente quer a palavra, que não para de falar e foi produtivo para todos, eu permito que continue” (entrevista 4).

E ainda:

-“Não sei como eu iria me sair, eu ia falar de qualquer jeito, não pensando neles, pensando em mim só. Eu ia falar não hoje eu me planejei para isso” (entrevista 8).

E ainda em outra entrevista:

-“A eu vou insistir. Alguém tem que dar atenção. A maioria não dá, mas alguém tem que dar atenção eu termino minha palestra”(entrevista 16).

E também, em outra entrevista:

-“ Eu procuro chamar a atenção deles no sentido de que eu estou falando né e é importante e se tem alguém que não se interessa, mas eu passo mesmo assim que é importante fazer né , embora que não que , vai pensando que é necessário”(entrevista 18).

- Nunca aconteceu.

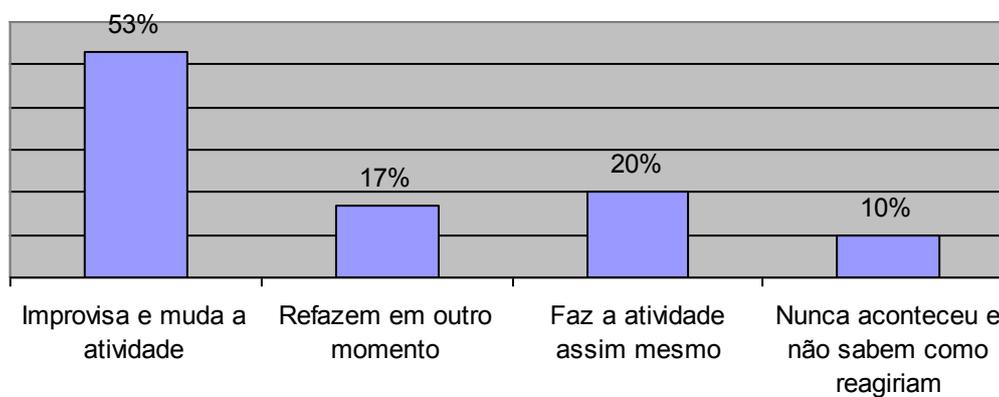
Três entrevistados colocaram que nunca aconteceu, mas pensam que improvisariam se acontecesse.

-“Nunca aconteceu comigo, até porque as nossa em um outro lugar que eu trabalhei antes daqui posso dizer até que era mais organizado, então nunca aconteceu [...]” (entrevista 15).

E ainda:

-“Ai, nunca aconteceu isso ai. Eu acho que vou improvisar, alguma coisa vai acontecer, mais, eu nunca tive a sensação [...]” (entrevista 25).

**Gráfico 23: O que você faz se por algum motivo a Atividade Educativa que planejou não der certo?**



F

Fonte: Dados coletados nas entrevistas

Foi então aberto um espaço para que os profissionais de saúde comentassem aspectos da educação em saúde que não foram discutidos durante a entrevista. Dez dos entrevistados não quiseram fazer nenhum comentário. Não foram categorizados os comentários, apenas transcritas as partes mais relevantes dos depoimentos:

-“Eu acho que a educação em saúde é uma coisa muito importante, sabe, porque no meu ponto de vista , as pessoas só vão é conscientizando , melhorando se a gente busca também, se a gente buscar ajudar, entende, a gente, na verdade de passar para elas, [...] e eu tenho certeza que aquelas pessoas que receberam podem ser que de repente 50 pessoas estejam recebendo aquela informação, mas se 2 porem em prática , aquilo ali já é valido” (entrevista 1).

-“Não, só assim educação em saúde você não pode perder a oportunidade, eu acho isso né, que qualquer, até na rua , né a gente ta andando, dá pra falar alguma coisa e dá para educar em saúde, não dá pra perder a oportunidade” (entrevista 3).

-“Não, só que a educação em saúde faz parte do atendimento da equipe de saúde, do médico, principalmente não só no aspecto individual, mas pra

criar um clima de conhecimento e na verdade estimular o auto cuidado, o que se quer na verdade, não que as pessoas tenham um conhecimento técnico acurado, mas que o tratamento, que o comparecimento, que as aferições das pressões façam sentido pra elas, e não apenas uma coisa que lhes é imposta, uma coisa que faça sentido e que as pessoas se garantam nisso” (entrevista 5).

-“Eu acho que no PSF é muito com a enfermeira, claro tem médicos e médicas, mas com os que eu trabalhei , só um deles que chegava e conversava e falava sobre educação continuada, os outros se a gente não pedir não direcionam , só vem aqui pra atender mesmo e dar a medicação. Então nesse aspecto eu acho que poderia ajudar né, se você tem o programa por exemplo doze vezes por ano, poderia melhorar , porque fica tudo com a gente organizar o programa , dar as coordenadas, fazer o planejamento , então fica muito. A gente tava falando agora que é obrigação de todos que fica mais fácil, mais gostoso. quando eu entrei, eu ficava pensando como é na pratica”(entrevista 8).

-“Olha a educação em saúde é uma coisa maravilhosa, mas a gente ainda dá muita ênfase ao problema curativo do que o preventivo . Eu acho terrível , porque nós tínhamos que enfatizar muito quanto mais o preventivo e pelo que eu tenho visto é o curativo e as pessoas não estão ligando para o preventivo elas querendo curativo e acabou”(entrevista 10).

-“Eu acho que o impeditivo maior, a gente não tem nem , quando você precisa fazer isso , acho que todo mundo tem que ter iniciativa né, mas, por exemplo, aqui aonde a gente trabalha a iniciativa é 100% nossa se a gente quiser fazer . a gente tem que correr atrás do local , do tema, da população. Acho que eu não é por ai . A minha parte tem que ser dar a população. Pra isso tem que ser envolvido outras pessoas , porque até a gente não tem tempo pra isso . trabalha o dia inteiro e como é que eu vou parar pra tentar ligar , pra ver o local” (entrevista 15).

-“Eu acho assim, que o nosso trabalho, enquanto assim, nós que trabalhamos no programa de saúde da família, eu acho que uma das coisas muito importantes nesse trabalho é a prevenção, né na prevenção a gente faz muito assim o atendimento individual e também em atividade coletiva. Eu acho que ajuda muito também” (entrevista 23).

-“Educação em saúde, ai, o que eu estou fazendo e não fazia antes. Nós enfermeiros estamos sendo cobrados que faça consulta de enfermagem, porque antes gente acabava não fazendo , fazia outras coisas e não fazia a nossa parte. Daí esse ano a gente está fazendo consulta de enfermagem e fazendo consulta de enfermagem, e a gente conversando mais de perto, pra nós a gente tem uma visão melhor do que a gente vai falar lá para eles” (entrevista 25).

-“Eu acho que é importante né a atividade educativa porque nós no PSF o nosso trabalho mesmo é fazer atividades educativas né, em vez de ficar aqui fazendo cuidados, o certo mesmo é a gente estar lá fora educando para que eles não venham chegar doentes aqui né, então é importante e é importante também a gente estar se preparando também. A gente percebe assim que a gente vai dar um treinamento do PSF, dirigido mesmo ao PSF e lá muito de vez em quando. Eu fiz a última vez faz 2 anos . Acho que tinha que ser mais vezes , mais continuada, né. Que o profissional do PSF ,

tem que estar participando por que é estudioso é claro , é o que falta para a gente né” (entrevista 26).

-“No momento agora o que me ocorre fora isso que eu te falei dessas ações, que é preciso melhorar, não ficar muito exprimido pela demanda, agora espero que a gente avance um pouco mais, né agora que a gente ta mais folgado na unidade , cada um com a sua área . houve uma época que agente parou até com as visitas, porque tinha que cobrir a área. Agora esse ano com a vinda do quarto medico a gente ta conseguindo né a cuidar melhor de sua área . População de 22 mil habitantes. A minha área tem mais hipertensos e idosos porque são moradores mais antigos e tem poucas gestantes” (entrevista 28).

-“Eu acho que a grande dificuldade é isso, a gente deveria trabalhar mais com educação em saúde, mas a gente não tem tempo, a gente fica sufocado aqui dentro e acho na minha opinião pessoal , deveria ser um trabalho desvinculado da unidade , mas daí já é ...”(entrevista 29).

-“Eu acho que tem muita coisa a desejar, viu, principalmente no PSF, eu acho que a falta de funcionário, recursos humanos, ta muito feio, pena que é só pro seu trabalho, ta muito sobrecarregado , então a gente não consegue fazer o que você quer, sabe, [...] eu to mais triste ainda porque aqui quase ninguém gosta de ir para a rua, então o povo se fecha muito” (entrevista 30).

Quando foram perguntados aos trabalhadores em saúde, sobre o que significa para a comunidade as atividades educativas, teve a seguinte categorização de respostas (Gráfico 23):

- Gostam muito:

A grande maioria dos entrevistados colocou que os participantes do programa gostam das atividades educativas.

- Olha a comunidade, eles gostam sabe e acho que agente deve aproveitar esses momentos, um que é um momento que saíram das casas e não é um modelo centrado nas doenças, é um momento que a gente ta trabalhando pra estar melhorando a saude, então mesmo os passeios que a gente programa e sai, às vezes até surpreende, pois ta um dia frio, um dia não muito favorável e as pessoas de idade vem, isso chama atenção da gente, porque vem, então talvez porque tenham certa carência , eu vou dizer mesmo só pra conversar, a gente convida eles pra vim e eles ,vem . é uma coisa bem positiva , também eu penso, né . que não vem só pra pegar consulta e ver o medico , vem por outros motivos também .Aqui na unidade tem um grupo que é o ASA (agente de saúde do álcool) que toca que é de alcoolismo e quando começa as desintoxicações envolve eles no grupo e eles vem então é o João que faz esse grupo. importante vincula eles , não deixar solto até pra prevenir das recaídas , né (entrevista 28).

-“Eles gostam bastante, é importante” (entrevista 17).

-“Acho que pra comunidade é importante porque eles vão aprender mais e ter mais saude, ficar menos doente e consequentemente vir menos aqui, menos ônus pro governo” (entrevista 26).

-“Bom, pelo menos no grupo de hipertensos, eles gostam bastante porque na ultima reunião foi mais de 100. Né, eles vão bastante e com apoio dos agentes, dos agentes comunitários, então é uma coisa grande. Eu acho que pra eles está bom, que são aqueles que realmente fazem parte do grupo. Tem aqueles turistas, né, aqueles que fazem parte do grupo acham que tem um significado grande, nós somos um grande apoio para eles. Acho que é bom, que para nós aqui é bom pois tem mais idosos.o nosso trabalho com jovens não é muito bom , porque não temos muito aqui”(entrevista 25).

-“Eles gostam, a maioria gosta, alguns se sentem um pouco acanhados, por causa da idade deles também né, mas eles gostam” (entrevista 22).

-“Eu acho que eles adoram e você fica como referencia pra eles, eu vejo assim na unidade quando eu vou num curso, sempre tem alguém pra te procurar e quer só com você. Quando a gente combina alguma coisa com eles, eles se comprometem com você e tem medo, não que tenham medo, não querem decepcionar você. Sabe eu acho que isso é bem válido. Eu me preocupo com eles e eles se preocupam em não me decepcionar no caso . que nem hoje eu fiz o dextro ( teste de glicemia capilar) de todos os meus diabéticos e tinham alguns que queriam fugir porque sabiam que ia dar alto e que eu ia falar. Estou na unidade há 3 anos” (entrevista 20).

- Gostam se tiverem recompensa:

Alguns entrevistados disseram que há interesse se forem a passeios ou se tiver a presença do profissional medico, onde possam ter o atendimento.

-“Eles gostam quando é passeio. Nossa, eles amam passeio. E agora a gente só tem um passeio por ano, né, mas eles amam. Agente faz festas de final de ano, natal. As oficinas, não tanto. Se é oficina o médico tem que estar presente se eu não estiver presente eles não gostam. Eles ligam à oficina e o programa ao médico e não a enfermagem. Na semana passada eu tava em um curso da prefeitura, e não fui no programa, só tava a enfermagem e não teve programa para eles . é como se não tivesse tido . que nem a paciente que eu atendi agora disse , pois é não está tendo programa e ela teve na semana passada . a gente fala e enfatiza que o programa é com todos os profissionais e eles acham que só o medico estando lá” (entrevista 31).

- Alguns gostam:

Para dois entrevistados, algumas pessoas gostam e outras não, das atividades educativas.

-“Olha muito até que não se importavam, muitos a gente percebe que não tem muito interesse. eu tento falar assim , sei lá achar um meio para chamar a atenção deles” (entrevista 11).

-“Eu acho que é indiferente. 50 % gostam e tem interesse, 30 % fazem à obrigação e 20% é totalmente desinteressado. Dependendo da área né, o Sambaqui era uma área horrível para trabalhar, ali você não conseguia nada. Eu vejo um interesse bastante nos 50 % pela unidade, mas eu acho

bem legal e quando a gente faz que nós temos a nossa agenda. A nossa unidade tem o grupo de hipertensos que vão para varias atividades, grupo de dança , faz passeios tudo”(entrevista 10).

- Depende de como é feito:

Para dois entrevistados, depende das atividades e de como são realizadas:

-“Olha, tem muita gente que não gosta, mas depende da maneira que você fala para eles, que tem coisas que você passa que é diferente , quando você passa de uma maneira que eles não entendem direito, você pode notar, na próxima oficina não vai ninguém. Mas dependendo da maneira, que nem os nossos hipertensos que a gente ia lá que a gente fazia a palestra , mesmo sem os médicos eles quase choraram, só ia nós, só as auxiliares, que nós não temos nem enfermeiro na nossa equipe, e só tinha auxiliares, eles quase choraram, queriam continuar lá com a gente, sabe e ai a gente falou que não podia que tinha que ter medico , tal então depende da maneira que você passa as coisas para eles sabe . Eu acho que as gestantes, são um pouquinho mais rebeldes em participar. Desde lá o Palmeiras a gente tinha dificuldades com as gestantes iam 5 , 10 não iam” (entrevista 30).

-“Acho que tem vários entendimentos. Quando se cria um vinculo as pessoas entendem bem mais do que ficar tentando levar informação e tentando participar como iguais. Tem uns que não entendem muito bem, acha o que uma coisa que está em maturação ainda” (entrevista 24).

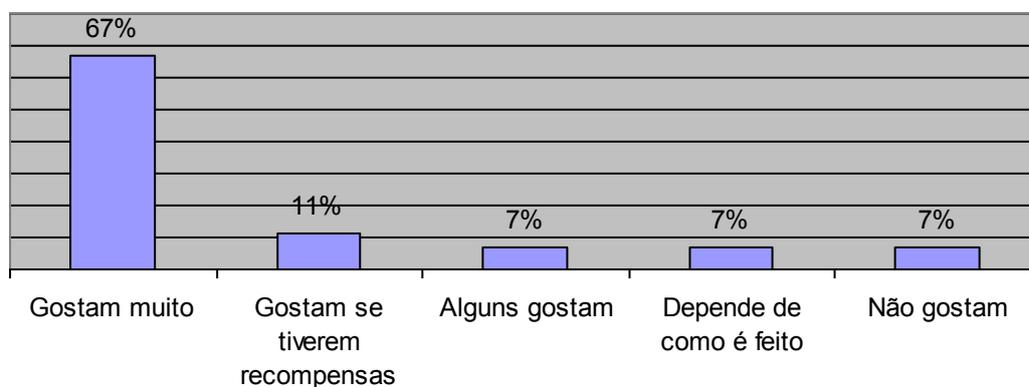
- Não gostam:

Para dois entrevistados os usuários não gostam e vão apenas ao programa para pegar o medicamento.

-“Não gostam muito, sabe que eles vêm no programa só porque querem a receita, querem o remédio, querem sair logo. Eu acho que eles não dão valor. As gestantes até dão mais valor, todos os resultados positivos que eu lembro são com as gestantes. Hipertensos e lactentes não vejo muito retorno não” (entrevista 29).

-“A população acha que esse negocio de blá blá e conversar bastante com eles não. Eles querem chegar , fazer o que querem e ir embora.mas Acho que falta trabalhar isso com a população, a gente, .eles pegam o remédio e vão embora, não tem , falta esse envolvimento .Você pede para o ACS se envolver, você pede para entrar na casa dela e lá saber o porque pra poder trabalhar com ela .[...]”(entrevista 4).

**Gráfico 24: O que você acha que significa para a comunidade?**



Fonte: Dados coletados nas entrevistas

#### 4.2. Análise dos dados

Na apresentação, os dados foram apresentados separados e, nesse momento, na fase da análise, os dados obtidos nas observações, nos questionários e nas entrevistas serão interpretados em conjunto para se ter uma análise do todo, completando assim o círculo hermenêutico da compreensão.

Nas entrevistas, percebe-se, que apesar de nenhuma ASL dizer que o programa é realizado apenas em Unidade de Saúde, somente em uma Unidade de Saúde pesquisada constatou-se essa situação. Na pergunta quanto às atividades educativas foi colocado pelas ASLs que, elas acontecem, mas nas observações e entrevistas, tanto com usuários como com trabalhadores, verifica-se que muitos programas nunca têm essas atividades e nem se organizam para tal. Verifica-se nos questionários que, segundo as ASLs há sempre atividades educativas, para a maioria delas e uma pequena parcela coloca que ocorre às vezes. Não houve respostas para as alternativas nunca e nem raramente. Porém, para os usuários ocorreu a resposta de que nunca há atividades educativas no programa de hipertensos. O que demonstra uma incoerência entre a realidade e o que as chefias têm conhecimento.

-“[...] O que está sendo feito nesse momento, eles ficam só entregando remédio, a pressão que não controla , vai para o médico. A atividade educativa realmente não está sendo feita. [...]” (Entrevista 4).

Para as ASLs, todos da equipe participam das atividades educativas, sendo citada a participação dos agentes comunitários, fato verificado apenas em um local de pesquisa. Nas observações, percebe-se que a Equipe de Enfermagem é mais envolvida na programação e realização da educação em saúde. Há nova discrepância entre a realidade e a percepção da chefia que coloca que há participação da Equipe, em maior proporção, e dos médicos, mas na prática é o profissional de nível superior da enfermagem quem tem a responsabilidade sobre as atividades educativas.

-“Bom, no caso nós aqui no programa de hipertensos, a gente chega e conforme a orientação da nossa enfermeira. [...] Normalmente é a enfermeira mesmo que escolhe o assunto” (entrevista 18).

As ASLs, não dispõem de dados reais, mas sim de relatórios que não expressam a realidade vivida pelos sujeitos envolvidos. Somente quem vive a situação tem condições de percebê-la. Mas como gerir uma Unidade de Saúde sem a proximidade entre o gestor e a comunidade? Falta uma aproximação inclusive com os funcionários e as dificuldades que enfrentam. Sem condições adequadas ao trabalho e apenas cobranças numéricas, inclusive com ameaças de repercussão financeiras, os profissionais de saúde adaptam a situação, coletando assinaturas e registrando atividades educativas, mesmo quando não ocorrem essas atividades.

Com as observações, percebe-se que a maioria das atividades educativas é realizada em ambientes das comunidades, principalmente em salões de Igrejas, pois o espaço físico das Unidades de Saúde não comporta reuniões para educação em saúde. Inclusive na Unidade de Saúde C, que justificou a não realização de atividades educativas por falta de espaço físico na Unidade.

Em algumas Unidades de Saúde existe o que é chamado de “Espaço Saúde”, mas em todo Distrito Sanitário do Bairro Novo existe apenas esse espaço, em duas Unidades de Saúde. Esse fator é importante, pois, as atividades educativas são consideradas importantes na promoção à saúde e pode-se constatar a pouca importância que os gestores dão a essa educação,

tendo em vista a falta de espaços adequados e a falta de treinamentos específicos sobre questões pedagógicas.

Os ambientes, onde as atividades educativas são realizadas, são bem incorporados pelos usuários, pois a maioria pertence a esses ambientes, apesar de alguns se importarem devido a religiosidade. Em uma entrevista foi citado que algumas pessoas que não participam do programa, não o fazem por serem de outra crença religiosa. Esse tópico não foi aprofundado por não ser objetivo da pesquisa. Quando se fala do espaço físico, vê-se que a dificuldade é encontrada em muitos serviços.

Para Gazzinelli et al (2006, p.46) “A falta de recursos humanos, materiais e físicos emerge como grande dificultador da prática educativa, o que prejudica ou impossibilita o desenvolvimento das ações.” Essa falta de recursos humanos, materiais e físicos está evidente nas entrevistas, nas quais foram relatadas as dificuldades para realização das atividades educativas.

- “[...] Por último eu deixei de ir a Igreja porque trocou de padre e eu tinha a chave, mas tocava o alarme e veio até polícia. E aí eu comecei a fazer individualmente a orientação” (Entrevista 32).

As pessoas da comunidade gostam que o programa de hipertensos seja próximo de sua casa e não no movimento da Unidade de Saúde, o que garante para os profissionais de saúde não serem deslocados para outras escalas, dentro do atendimento interno das Unidades. O ambiente amistoso impera em todas as atividades tendo um aspecto social importante, onde as pessoas se encontram, conversam e fazem amizades. Nesses momentos também há uma aproximação entre o profissional de saúde e a população, provavelmente por ser um ambiente sem a pressão da demanda como a Unidade de Saúde, lembrando que esse vínculo, faz parte dos princípios da Estratégia Saúde da Família (anexo II). O fato de entregarem a medicação também é um fator positivo e contribui para a participação dos usuários nas atividades.

- “o que é importante no programa: vem o médico, equipe de enfermagem, eles vem até nós trazer o medicamento pra nós, porque nós não temos que se deslocar daqui da nossa casa e ir buscar o medicamento”(entrevista 39).

Quando se perguntou aos usuários se eles se sentem doentes, as respostas mostraram a característica principal dessa patologia, que é assintomática, inclusive dificultando o tratamento. Existe nas ciências médicas

a discussão sobre hipertensão arterial não ser uma doença e sim um fator de risco para doenças cardiovasculares, o que foi confirmado com o significado da hipertensão para a população. Segundo Gadamer (2006, p.18), “o doente percebe sua doença ao constatar que lhe falta alguma coisa.” Como para muitos hipertensos não há a sensação de falta, isto modifica a percepção da doença. Ainda o autor coloca (2006, p.63):

[...] a doença como perda da saúde, da imperturbada “liberdade”, significa sempre um tipo de exclusão da “vida”. Por isso o conhecimento da doença representa um problema vital, que atinge a pessoa na sua totalidade e não é, de maneira alguma, um livre ato de inteligência, a qual toma distância de si mesma e para perturbação experimentada. Pertence a esse problema vital tudo o que o médico conhece como pacientes “difíceis”, quer dizer, toda resistência em relação ao médico e à admissão da própria impotência e carência.”

A negação da doença funciona como protetora dessa exclusão. Em patologias como a hipertensão, que não se tem muitos sintomas e por se tratar de doença crônico-degenerativa, as conseqüências são a longo prazo, os sujeitos não se consideram doentes, o que dificulta a compreensão da doença e de suas conseqüências.

“- Doente pra mim, é quem não sai a parte nenhuma [...]”(Entrevista 36).

Quando a doença não permite que trabalhe ou desenvolva atividades sociais, aí então o sujeito sente-se excluído e admite-se como doente. Nas entrevistas inclusive uma senhora disse categoricamente que não tem pressão alta, pois ao tomar remédios fica com a pressão bem normal:

“-eu já fui muito doente, mas agora eu acho que estou tranqüila. Não, eu não tenho pressão alta, a minha pressão é normal. Vou ao programa (hipertensos) e tomo um monte de remédios” (Entrevista 38).

Quanto aos programas, os participantes tiveram uma reação de defensiva, de proteção com elogios, em especial aos trabalhadores de saúde, inclusive tiveram que ser perguntados novamente para que descrevessem a ação, embora tivessem reações de oprimidos com relação aos trabalhadores de saúde. Freire (2005, p. 89) coloca que “[...] o pobre absolutiza sua própria ignorância em proveito do patrão e daqueles que são como o patrão, que se convertem em juizes garantidores de todo o saber.” Nesse contexto o profissional de saúde se comporta como o patrão, no papel de opressor.

O poder do trabalhador de saúde interfere aqui, na avaliação e no medo dos usuários, acreditando eles que se apontarem alguma falha ou derem algum depoimento negativo sobre a Equipe possam sofrer represálias, posteriormente. Na grande maioria das vezes os programas foram descritos como bons, o que leva a supor se tal atitude não é resultado da cultura do silêncio, tão comum ao dependente, pois “[...] ser silencioso não é não ter uma palavra autêntica, mas seguir as prescrições daqueles que falam e impõem sua voz.” (FREIRE, 2005, p.73). Quanto à pergunta sobre as atividades educativas, a maioria das respostas foi que não acontecem. Os entrevistados vêm com muita importância os programas de hipertensos e muitos sentem falta da educação em saúde.

As atividades educativas são vistas como importantes por todos os sujeitos envolvidos. Tanto trabalhadores como usuários descrevem a importância, mas os trabalhadores na maioria nunca tiveram nenhum treinamento para realizar essas atividades educativas e, na maioria das vezes, fazem as atividades por observação. Apesar da educação em saúde fazer parte da promoção à saúde, um dos objetivos básicos da Atenção Primária, seus trabalhadores não têm nem formação, nem educação continuada. Se de um lado é pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde, através dos Distritos Sanitários, a realização de atividades educativas nas Unidades de Saúde, por outro seus profissionais não tem nenhuma assessoria e a própria Secretaria de Saúde não tem um controle da qualidade desses procedimentos.

Os relatórios contêm o número de atividades, mas não como elas são realizadas, quais os objetivos e se atingiram esses objetivos. Para Gazzinelli et al (2006, p.46) a falta de recursos humanos “[...] é um dos dificultadores da prática educativa. Contudo, observa-se que na maioria das Unidades de Saúde, o problema não é a defasagem numérica, mas sim a falta de capacitação dos trabalhadores para o desempenho dessa função.” Isto faz com que as atividades educativas sejam realizadas, na maioria, na forma de palestras, pois sem treinamento, os profissionais de saúde fazem atividades educativas como aprenderam e foram educados. Como nos diz Pinto (2005, p.108-109):

“Em última análise, é sempre a sociedade que dita a concepção que cada educador tem, de seu papel, do modo de executá-lo, das finalidades da ação, tudo isso de acordo com a posição que o próprio educador ocupa na

sociedade. A noção de posição está tomada aqui no sentido histórico-dialético amplo e indica por isso não só os fundamentos materiais da realidade do educador, mas igualmente o conjunto de suas idéias em todos os terrenos, e muito particularmente da própria educação.”

Quase todos passaram por escolas tradicionais desde a infância. Trabalhar com educação de adultos é diferente, pois “trata de instruir pessoas já dotadas de uma consciência formada – ainda que quase sempre ingênua – com hábitos de vida e situações de trabalho que não podem ser arbitrariamente modificados.” (PINTO, 2005, p.86).

Para a maioria dos trabalhadores em saúde é muito difícil assumir outras formas de educar com outras pedagogias, pois isso demanda tempo e experiência (GAZZINELLI ET AL, 2006, p. 48). Nos relatos, poucas experiências tentam levar em conta a realidade dos sujeitos. “Na falta do incentivo à ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário e normativo da educação em saúde mantém-se dominante, em que pesem os discursos aparentemente progressistas” (VASCONCELOS, 2006, p.9).

A realização das atividades educativas, muitas vezes é mais uma função a ser exercida pelos profissionais de saúde que, muitas vezes, estão sufocados pelas inúmeras atividades dentro de uma Unidade de Saúde. Para Gazzinelli et al (2006, p.47) “[...] o profissional, muitas vezes desenvolve a atividade educativa de forma despercebida; ou seja, o exercício das tarefas diárias embota o olhar atento dos profissionais, negando-lhe a intencionalidade de um fazer crítico e criativo no que tange educar [...]”, sendo prejudicadas as atividades educativas, ficando apenas mais uma atividade entre muitas. Por outro lado observamos que “[...] é no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, ao invés de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza.” (VASCONCELOS, 2006, p. 8).

A percepção do profissional em saúde, muita vezes está permeado por preconceitos, como na fala seguinte, em que se percebe o trabalhador como se fosse desigual, mostrando uma consciência ingênua e alienada da educação: “[...] eu falo muito sobre a dieta, pra eles, porque são meio cabecinha dura sabe precisa que fale.” (entrevista 2).

Esse discurso mostra que “[...] o discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde.” (Alves, 2005, p.45).

Os participantes do programa de hipertensos se comportam como oprimidos pelos profissionais de saúde, que são, por sua vez, oprimidos pelo sistema de saúde. Esse fato é bem colocado por Franco (2007, p.4):

A idéia geral de insuficiência dos trabalhadores, colocando-os como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva, gerou propostas educacionais tais como as embutidas na idéia da “educação continuada”, onde a continuidade da “transferência de conhecimento” é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde.

A decisão dos assuntos, na maioria das vezes, é realizada pela Equipe, sem levar em consideração as particularidades de cada comunidade. De um lado os usuários a considerarem que poucas vezes as orientações foram importantes e até reconhecerem com muita propriedade as mudanças de hábitos que deveriam acontecer para o controle de sua hipertensão. Por outro, provavelmente, os assuntos discutidos são uma necessidade da Equipe de Saúde e não dos participantes do programa, sendo então atividades educativas baseadas no processo de trabalho, para que tenha pouco impacto sobre os usuários. Segundo Pinto (2005, p.87),

O conteúdo da instrução não deve ser imposto e sim proposto pelo professor como adequado, às etapas do processo de autoconsciência crescente do aluno, e justificado como o saber corrente (nos diversos ramos das ciências) pelas possibilidades que oferece de domínio da natureza, de contribuição para melhorar as condições de vida do homem.

Neste ponto, as ASLs e a Equipe tiveram respostas iguais, apenas não aparecendo, os protocolos como definidores dos temas para as chefias. Aqui houve uma importante coerência entre os dados. Como diz Gazzinelli et al (2006, p.44) “[...] as organizações de saúde apresentam uma estrutura formal rígida, com níveis decisórios compatíveis às diferentes posições hierárquicas, ou seja, no ápice da pirâmide está quem delibera e, na base, aqueles que executam”.

Na pergunta sobre o que significam as atividades educativas para a comunidade, todas as autoridades responderam que os usuários gostavam, porém alguns não faziam questão. Na mesma pergunta de forma semi-

estruturada para os trabalhadores, aparece a resposta que gostam, não gostam ou gostam apenas se tem recompensas.

Quando perguntado para a comunidade, sobre a importância do programa de hipertensos, a maioria colocou que acha importante e o motivo principal são as orientações que recebem, seguidas então dos medicamentos, mas tendo também o atendimento em si como uma importante resposta. Neste momento refletimos que a equipe não percebe o quanto a comunidade valoriza o atendimento e as atividades educativas.

Nas equipes que não têm atividades educativas, houve muitas respostas solicitando essas atividades. Cabe aqui novamente, a percepção do profissional de saúde, de um usuário passivo e, na realidade, o desejo de autonomia no cuidado à saúde. Tanto essa afirmação é verdadeira que, apesar de muitos não reconhecerem as orientações, houve mudanças nos estilos de vida da maioria. Em se tratando de pessoas adultas, a maioria migrante, com uma forte cultura popular, percebe-se que as atividades educativas que existem, sejam elas individuais ou coletivas e, mesmo, na forma de palestras, têm atingido o objetivo. Há de se lembrar o que diz Gazzinelli et al (2006, p. 37) “[...] o processo saúde-doença mantêm vínculos indissociáveis com o estilo de vida dos sujeitos e que constitui traço fundamental da saúde manter-se a si mesmo na sua medida própria.”

Questiona-se a pedagogia aplicada quando se percebe que para alguns as mudanças não foram possíveis, por considerarem difícil de readaptar a uma nova dieta, atividades físicas, se não compreenderem o porquê. Neste momento, quando perguntados sobre o que fazem para tratar suas pressões, a maioria faz uso em especial dos chás, pois consideram inócuo à saúde, ou seja, se não fizer bem, mal não faz. Se nas atividades educativas fossem aproveitados os conhecimentos de fitoterapia, associados a um respeito à cultura que trazem, com certeza teria-se um resultado ainda melhor.

Não se pode esquecer que esse estudo foi realizado com pessoas que freqüentam os programas e, por isso, com mais informações e com mais disponibilidade às atividades desenvolvidas pelas Unidades de Saúde. Se as perguntas fossem dirigidas aos faltosos dos programas, poderia haver resultados diferentes. Para Gazzinelli et al (2006, p.41) o “[...] trabalho do profissional de saúde [...] consiste em criar motivações para que os sujeitos em

“tratamento” se orientem para agir, função precípua da educação em saúde”. Dessa forma reafirma a importância do envolvimento do profissional de saúde com a educação.

Outro ponto a ser considerado é a cultura popular e o estilo de vida. O estilo de vida está diretamente ligado à classe social a qual pertencem os sujeitos, ao local onde vivem, ao trabalho, à época e também a influências externas como televisão, rádio e religiosidade. Como dizem Ross e Pinto (apud PEDROSA e CAMPOS, Rev. Bras. Med. Família e Comunidade, 2006, p. 38) “as escolhas individuais de estilos de vida, hábitos e saúde são diretamente afetadas pela realidade histórica nas quais os sujeitos estão inseridos, seja pelo meio (ambiente) social, quanto pelo meio ambiente (físico).” Neste caso escolhas nem sempre significam algo voluntário, pois muitas vezes não existem outras opções.

A maioria da população estudada é descendente ou diretamente migrante de regiões com dificuldades no atendimento à saúde. Por isso a cultura dos chás e o uso de medicamentos ditos caseiros podem ser explicados por uma população sem acesso à saúde e que tinha como única condição de saúde os ensinamentos dos mais velhos. Em uma das entrevistas, uma senhora revelou que seu avô era curandeiro e fazia consultas com remédios de ervas e que as informações ele buscava em livros. A avó, que ficou viúva, hoje cumpre esse papel na família, auxiliando quem está doente.

-“Meu pai era tratador então naquela época em que o povo quase não ia em médico só se tratava com erva e meu pai era dos índios, dos bugre, então a gente aprendeu com ele. eu conheço muitas ervas . Nossa muita erva que eu conheço . Isso que eu falo , tanto remédio que eu sei que é bom pra coluna minha [...]“(entrevista 49).

Como desconsiderar esse imenso arsenal de conhecimento e rede de apoio às pessoas doentes? O caminho para o atendimento em Atenção Primária perpassa pelo respeito e pela compreensão dos profissionais de saúde pela cultura popular, para então conseguir que as atividades educativas, façam a promoção à saúde como é o seu objetivo. “No processo de educação não há desigualdade essencial entre dois seres, mas um encontro amistoso pelo qual um e outro se educam reciprocamente.” (PINTO, 2005, p.118). Não esquecendo que o profissional de saúde também traz sua cultura e sua visão

de mundo e que sem condições adequadas, o encontro desses mundos pode não ser transformador da realidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se observa a história da educação em saúde, identificam-se similaridades entre o momento atual e o passado. As ações em saúde tiveram uma evolução teórica que ainda não é observada na prática. As prescrições de atitudes ainda são predominantes.

Nesta pesquisa, pôde-se constatar que as atividades educativas que acontecem hoje dependem muito da iniciativa dos profissionais de saúde, que tentam fazê-las da melhor maneira possível, porém poucos receberam algum treinamento. As atividades educativas são exigidas da Equipe de Saúde, sendo inclusive parte da pactuação entre as Unidades de Saúde com os Distritos Sanitários e desses com a Secretaria Municipal de Saúde. Apesar disso há um descaso dos gestores com a formação dos profissionais que não têm preparo e acabam fazendo como acham melhor e, na maioria das vezes, como receberam suas orientações ou foram educados. Como se trata de educação de adultos, a pedagogia utilizada, nem sempre é adequada, vindo a gerar alguma insatisfação na população, que sabe da importância dos programas e gosta das atividades, mas não conseguem aproveitar melhor esses momentos.

A população tem dificuldades em entender o fato “de se sentir doente” ou que é portador de um mal que pode lhe acarretar sérias conseqüências. A falta deste entendimento dificulta a adesão às orientações dadas pelas Equipes de Saúde. Apesar dos gestores e trabalhadores afirmarem que os usuários não gostam das atividades, a comunidade não só gosta como entende a importância das atividades educativas. Os usuários têm as informações, mas em poucos casos há mudança dos hábitos de vida. Existe um descompasso entre o que a população espera e percebe das atividades educativas, o que o profissional de saúde espera e faz e o que as chefias das Unidades de Saúde sabem a respeito do que acontece.

Os ambientes onde são realizados as atividades educativas, são espaços cedidos pela comunidade, pois nas Unidades de Saúde esse espaço não é privilegiado, mostrando um contraste entre o discurso dos gestores e as condições reais de trabalho.

Com esta pesquisa pôde-se compreender como acontecem as atividades educativas, nas Unidades Básicas de Saúde, que atuam dentro da Estratégia Saúde da Família. Essa pesquisa pode ser usada para fundamentar mudanças na formação e nas ações dos sujeitos envolvidos nas atividades educativas e, desta forma, possam eles efetivamente cumprir o papel na promoção da saúde e na prevenção dos agravantes de doenças.

Os dados levantados por esta pesquisa podem ser aprofundados. Assim, espera-se que, futuramente, outras pesquisas possam contribuir, para chamar a atenção das autoridades no cumprimento real daquilo que se propõe o Programa Saúde da Família, objetivando uma condição de saúde melhor para a população, em especial, conscientizando-a da autonomia que deve ser construída e pautar a vida no dia-a-dia das pessoas a partir da educação em saúde.

Somente a educação pode contribuir para que as pessoas sejam sujeitos na busca de melhor atendimento pelos serviços de saúde e de melhor qualidade de vida, só como sujeitos podem cobrar mudanças, sair do papel de oprimido tão característico da população, principalmente no atendimento à saúde, momento de fragilidade, em que é natural a aceitação do “poder” do trabalhador em saúde.

Quanto ao profissional de saúde, é o amparo teórico que pode ajudar a suas atividades educativas terem um melhor impacto, com a incorporação de novas estratégias pedagógicas, no seu trabalho diário. Para isso, os gestores têm que ser claros em seus objetivos e realizarem cobranças compatíveis com as condições que fornecem aos profissionais e aos usuários do serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, C. **Vygotsky, quem diria?!** Em minha sala de aula. 5. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde de da Família: por uma integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** Volume 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

BARROS, S. **Os recursos computacionais e suas possibilidade de aplicação no ensino segundo as abordagens de Ensino-Aprendizagem.** Disponível em <<http://www.dcc.ufba.br/~frieda/mat061/05.htm>> Acesso em 01/01/2008.

BOSI, M. I.M.; MERCADO F.J ( Orgs). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde.** 2 ed. Petrópolis : Editora Vozes, 2004.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL, **Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: 1997.

BRASIL, **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao diabetes Melitus.** Brasília, 2002. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes>>. Acesso em 15 de junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 15) Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos\\_ab/documentos/abcd15.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcd15.pdf)> Acesso em 27 de junho de 2007.

BERTUCCI, L.M. **Saúde: arma revolucionária.** São Paulo-1891/1925. Campinas: centro de Memória – Unicamp, 1997.

CAMPIGOTO, J. A. Interpretação de textos, de histórias e de intérprete. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 23, n46, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s01102-01882003000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s01102-01882003000200010&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 13 Apr 2007. Pré-publicação.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 2, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 Jun. 2007. Pré-publicação.

COSTA, M.V. (Org). **Educação Popular Hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.

COSTA NETO. A implantação da Unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília, 2000.

COSTA, N. do R.. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: Origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985

DUNCAN, B., B SCHIMIDT, M. I.; GUIGLIANI, E. R.J. **Medicina Ambulatorial**: Conduas Clínicas em atenção primária. 2 ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1996.

ELSEN, I.; MARCON, S. S., SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Editora UEM, 2002.

FARIA, L. R.de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 20 Ago. 2006.

FAZENDA, I. (org). **Metodologia da pesquisa educacional**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educação**. Botucatu. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo11.pdf> > . Acesso em: 15 de junho de 2007. Pré-publicação.

FREITAS, M.T. de A. **Vygotsky e Bakhtin Psicologia e Educação**: um intertexto. 4 ed. São Paulo/Juiz de Fora: Editora Ática/ EDUFJF: 2006.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 28 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 14 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FERNANDES, D. G. **Alfabetização de jovens e adultos**. 2 ed. Porto Alegre: editora Mediação, 2004.

FRANCISCO FILHO, G. **Panorâmica das tendências e práticas pedagógicas**. Campinas: Átomo, 2004.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 8ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método II: Complementos e índice**. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2004.

\_\_\_\_\_, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

GAZZINELLI, M. F. , REIS, D. C, MARQUES, R. de C. (orgs). **Educação em saúde: Teoria, Método e Imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GUIMARÃES, M. V. RIBAS, L. F. O. Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico. **Rev. Brás. Med. Fam. E Com.** Rio de Janeiro, v.1, nº4, p152-164, jan/mar 2006.

HERMANN, N. [o que você precisa saber sobre...] **Hermenêutica e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2002.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL. **Redação e editoração**. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Editora Atlas S.A. São Paulo, 1988

LESCURA, Y; MAMEDE, M. V. **Educação em saúde**: abordagem para enfermeiro. São Paulo: Savier, 1990.

LEVY, S. N. SILVA, J. J. C. da. CARDOSO, I. F., R, WERBERICH, P. M. MONTANI, H. CARNEIRO, R. M. **Educação em saúde: Histórico, conceitos e Propostas**. Disponível em < [http:// www.datasus.gov.br/ cns](http://www.datasus.gov.br/cns)> Acesso em 14 de abril de 2006.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública. A pedagogia Crítico-social dos conteúdos**. 20 ed. Edições Loyola: São Paulo, 2005.

MAHONEY, A.A.; ALMEIDA, L.R. de. Afetividade e processo ensino-aprendizagem: contribuições de Henri Wallon. **Psicologia da Educação**, São Paulo, 20, 1º sem. De 2005, p. 11-30. Disponível em < <http://pepsic.bvs.psi.org.br/pdf/psic/v20/v20a02.pdf>> acesso em 19 de janeiro de 2008.

McWHINNEY, I. R. **Manual de Medicina Familiar**. Lisboa: Inforsalus. 1994.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social e mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4 ed.Hucitec-Abrasco, São Paulo- Rio de Janeiro,1999.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.>>. Acesso em: 20 Ago. 2006.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 24 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996

NASCIMENTO, D.R. **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, M. K de. **Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: Um processo sócio-histórico**. 4. ed. São Paulo: Scipione, 2006.

PALMER, R. E. **Hermenêutica**. Lisboa : edições 70, 1969.

PEDROSA, M. L.; CAMPOS, E.A., Implicações da utilização do conceito de risco para a prática em APS. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n.5, abr/jun 2006.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5. p.1527-1534, set./out. 2003.

PINTO, A. V. **Sete lições sobre educação de adultos**. 14 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

PRESTES, I. C. P. **Sobre a interpretação e o conhecimento: Um estudo hermenêutico: as contribuições da hermenêutica e da psicanálise aos fundamentos do ato interpretativo na relação professor/aluno/ conhecimento pela mediação da linguagem**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba 1998.

ROMANÒ JR, D. et al. Saúde e Família - a experiência de Curitiba. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v.57, n ½, p 53-60, jan /dez. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

STANCIK, M.A. **Aleixo Nóbrega de Vasconcellos: um “homem da ciência” e a educação higiênica no Brasil dos anos 1920**. Dissertação ( Mestrado em História) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1987.

VALLA, V. V. (Org). **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro DP&A, 2000.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação Popular, Educação e Saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos Serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec,1997.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec,2001

\_\_\_\_\_. **Educação Popular**: uma prática alternativa à estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Disponível em: < <http://www.redepopsaude.com.br> > Acesso em 25 de junho 2006.

VASCONCELOS, M. L. M. C., BRITO, R. H. P. de. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**. São Paulo-Petropolis: Editora Vozes, 2006.

VYGOTSKY,L.S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. Lisboa: Edições 70, 1995.

**ANEXOS**

## Anexo 1

**OS QUATRO PRINCÍPIOS DE MEDICINA FAMILIAR**\* **Canadian College of Family****Physician**

O médico de família efetivo incorpora em sua prática os quatro princípios de medicina familiar. Esses princípios, cada qual igualmente importante para Educação e Prática, pode formar a base para o desenvolvimento de objetivos mais específicos:

**1. MÉDICO DE FAMÍLIA É UM CLÍNICO COMPETENTE (HABILIDOSO)**

Médicos de família demonstram competência no método clínico centrado no paciente. Eles integram uma busca sensível, habilidosa e apropriada da doença. Eles demonstram um entendimento da experiência do paciente de adoecer (particularmente suas idéias, sentimentos e expectativas) e o impacto da doença na vida do paciente.

Médicos de família usam sua compreensão do desenvolvimento humano e familiar e de outros sistemas sociais para desenvolver uma abordagem abrangente no manejo das doenças e da experiência de adoecer nos pacientes e suas famílias

Médicos de família são adeptos também de trabalhar com o paciente de forma a alcançar base comum na definição do problema, objetivos do tratamento e papéis do médico e do paciente no manejo. Eles são habilidosos em fornecer informações ao paciente de maneira a respeitar sua autonomia e autoriza-los a tomar conta de seus próprios cuidados de saúde e tomar decisões conforme seu melhor interesse.

Médicos de família têm competência no amplo campo dos problemas comuns, mas que ameaçam a vida e emergências tratáveis em pacientes de todos os grupos etários. Sua abordagem aos cuidados de saúde é baseada na melhor evidência científica disponível.

**2. MÉDICO DE FAMÍLIA É UMA FONTE DE RECURSOS PARA UMA POPULAÇÃO DEFINIDA**

O médico de família considera sua prática em termos de “população de risco” e organiza sua prática de forma a assegurar que a saúde dos pacientes seja mantida mesmo quando eles não vão a Unidade de Saúde. Tal organização requer habilidade de avaliar novas informações e sua relevância para prática, conhecimento e habilidades de avaliar novas informações e sua relevância para prática, conhecimentos e habilidades para avaliar a efetividade do cuidado fornecido na prática, o uso apropriado de informações médicas e/ou outros sistemas de informações, e habilidade de planejar e implementar vigilância que venha aumentar a saúde de seus pacientes..

Médicos de família têm estratégias efetivas para ser autodidata durante toda vida. Médicos de família têm responsabilidades de advogar políticas públicas que promovam a saúde de seus pacientes.

Médicos de família têm responsabilidade compartilhada com o sistema de saúde para utilizar recursos escassos de forma sábia. Eles consideram as necessidades tanto do indivíduo como da comunidade.

### *3. MEDICINA FAMILIAR É UMA DISCIPLINA BASEADA NA COMUNIDADE*

Medicina familiar é baseada na comunidade e está significativamente influenciada por fatores da comunidade. Como um membro da comunidade, o médico de família é hábil em responder as necessidades das pessoas, adaptar-se rapidamente as mudanças de circunstâncias, e mobilizar fontes apropriadas para responder as necessidades dos pacientes.

Problemas clínicos que se apresentam ao médico de família baseado na comunidade não são pré selecionados e são normalmente encontrados em estágios indiferenciados. Médicos de família são habilidosos em trabalhar com a ambigüidade e a incerteza. Os médicos de família vêem pacientes com doenças crônicas, problemas emocionais, distúrbios agudos, atingindo tanto aqueles que são simples e auto-limitados a aqueles que ameaçam a vida; e problemas bio-psico-sociais. E também os médicos e família devem fornecer cuidados paliativos para pacientes terminais.

Os médicos de família podem cuidar de pacientes em sua clínica, no hospital, incluindo o departamento de emergências ou em casa. Médicos de família vêem eles mesmos como parte da rede de cuidados de saúde e são habilidosos em colaborar como membros de um time ou líderes de um time. Eles usam referir para especialistas e fontes comunitárias judiciosamente.

### *4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE É CENTRAL PARA O PAPEL DE MÉDICO DA FAMÍLIA,*

Os médicos de família têm uma compreensão e uma apreciação da condição humana, especialmente da natureza do sofrimento e resposta dos pacientes às doenças. Médicos de família estão conscientes de seus limites e sua força e reconhecem quando seus próprios assuntos interferem para um cuidado efetivo.

Médicos de família respeitam a primazia da pessoa. O relacionamento tem as qualidades de um pacto – uma promessa, pelos médicos ser fiel aos seus compromissos do bem estar dos pacientes, quando os pacientes forem ou não capazes de seguir os seus compromissos. Médicos de família conhecem desigualdade de poder entre os médicos e pacientes e o potencial de abuso desse poder.

Médicos de família fornecem cuidados continuados aos seus pacientes. Eles usam contatos repetidos com pacientes para construir seu relacionamento e promover o poder curativo de suas interações. Com o tempo, o relacionamento tem uma importância especial para os pacientes, suas famílias e o médico. Como resultado, o médico de família torna-se um advogado do paciente.

Em resumo, o médico de família efetivo traz uma série única de qualidades e habilidades para a prática única, mantendo essas em dia e aplicando-as usando o método clínico centrado no paciente para manter e promover a saúde dos pacientes em sua prática.

\*Esse documento foi base para o treinamento ministrado por professores da Universidade de Toronto, do departamento de medicina familiar a monitores e feita uma adaptação compartilhada para o Programa de Saúde da Família Curitiba.

## Anexo 2

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.*

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Disposição Preliminar

**Art. 1** - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

**TÍTULO I**

Das Disposições Gerais

**Art. 2** - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

**§ 1** - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

**§ 2** - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

**Art. 3** - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

**TÍTULO II**

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

**Art. 4** - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.

**§ 1** - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

**§ 2** - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

**CAPÍTULO I**

Dos Objetivos e Atribuições

**Art. 5** - São objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1, do Art.2 desta Lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**Art. 6** - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

- I - a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

**§ 1** - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

**§ 2** - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

**§ 3** - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta Lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim

como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

**I** - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

**II** - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

**III** - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

**IV** - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

**V** - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

**VI** - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

**VII** - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

**VIII** - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## **CAPÍTULO II**

### **Dos Princípios e Diretrizes**

**Art. 7** - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição

Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

**I** - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

**II** - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

**III** - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

**IV** - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

**V** - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

**VI** - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

**VII** - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

**VIII** - participação da comunidade;

**IX** - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

**X** - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

**XI** - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

**XII** - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

**XIII** - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### **CAPÍTULO III**

Da Organização, da Direção e da Gestão

**Art. 8** - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

**Art. 9** - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I, do Art.198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

**I** - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

**II** - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

**III**- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

**Art. 10** - Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

**§ 1** - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

**§ 2** - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

**Art. 11** - (Vetado).

**Art. 12** - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

**Parágrafo único.** As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Art. 13** - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

**I** - alimentação e nutrição;

**II** - saneamento e meio ambiente;

**III** - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

**IV** - recursos humanos;

**V** - ciência e tecnologia; e

**VI** - saúde do trabalhador.

**Art. 14** - Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

**Parágrafo único.** Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

#### **CAPÍTULO IV**

Da Competência e das Atribuições

##### **SEÇÃO I**

Das Atribuições Comuns

**Art. 15** - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I** - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II** - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III** - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV** - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V** - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI** - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII** - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII** - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX** - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X** - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI** - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII** - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII** - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo lhes assegurada justa indenização;
- XIV** - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV** - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI** - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII** - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

- XVIII** - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX** - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX** - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI** - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## **SEÇÃO II**

### Da Competência

**Art. 16** - À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

- I** - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II** - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a)** de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b)** de saneamento básico; e
  - c)** relativas às condições e aos ambientes de trabalho.
- III** - definir e coordenar os sistemas:
  - a)** de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b)** de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c)** de vigilância epidemiológica; e
  - d)** vigilância sanitária.
- IV** - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V** - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI** - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII** - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII** - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX** - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X** - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI** - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII** - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII** - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV** - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV** - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI** - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

**XVII** - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

**XVIII** - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

**XIX** - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Obs.: Regulamentado pelo Decreto número 1.651, de 28/09/1995.)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema

Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

**Art. 17** - À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

**I** - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

**II** - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;

**III** - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

**IV** - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

**a)** de vigilância epidemiológica;

**b)** de vigilância sanitária;

**c)** de alimentação e nutrição; e

**d)** de saúde do trabalhador.

**V** - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

**VI** - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

**VII** - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

**VIII** - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

**IX** - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

**X** - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

**XI** - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

**XII** - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

**XIII** - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

**XIV** - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada.

**Art. 18** - À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

**I** - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

- II** - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III** - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV** - executar serviços:
- a)** de vigilância epidemiológica;
  - b)** de vigilância sanitária;
  - c)** de alimentação e nutrição;
  - d)** de saneamento básico; e
  - e)** de saúde do trabalhador.
- V** - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI** - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII** - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII** - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX** - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X** - observado o disposto no Art.26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI** - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII** - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
- Art. 19** - Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

### **TÍTULO III**

#### **Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde**

##### **CAPÍTULO I**

###### **Do Funcionamento**

**Art. 20** - Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Art. 21** - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

**Art. 22** - Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento.

**Art. 23** - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

**§ 1** - Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

**§ 2** - Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas,

para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

## **CAPÍTULO II**

Da Participação Complementar

**Art. 24** - Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

**Parágrafo único.** A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

**Art. 25** - Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Art. 26** - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

**§ 1** - Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

**§ 2** - Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

**§ 3** - (Vetado).

**§ 4** - Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

## **TÍTULO IV**

Dos Recursos Humanos

**Art. 27** - A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

**I** - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pósgraduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

**II** - (vetado);

**III** - (vetado);

**IV** - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Parágrafo único.** Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

**Art. 28** - Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

**§ 1** - Os servidores que legalmente acumulam 2 (dois) cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

**§ 2** - O disposto no parágrafo anterior, aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou funções de chefia, direção ou assessoramento.

**Art. 29** - (Vetado).

**Art. 30** - As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o Art.12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## **TÍTULO V**

Do Financiamento

### **CAPÍTULO I**

Dos Recursos

**Art. 31** - O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

**Art. 32** - São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

**I** - (vetado);

**II** - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

**III** - ajuda, contribuições, doações e donativos;

**IV** - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

**V** - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e

**VI** - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

**§ 1** - Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

**§ 2** - As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

**§ 3** - As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

**§ 4** - (Vetado).

**§ 5** - As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

**§ 6** - (Vetado).

### **CAPÍTULO II**

Da Gestão Financeira

**Art. 33** - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

**§ 1** - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

**§ 2** - (Vetado).

**§ 3** - (Vetado).

**§ 4** - O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

**Art. 34** - As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Parágrafo único.** Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

**Art. 35** - Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

**I** - perfil demográfico da região;

**II** - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

**III** - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

**IV** - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

**V** - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

**VI** - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

**VII** - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

**§ 1** - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

**§ 2** - Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

**§ 3** - (Vetado).

**§ 4** - (Vetado).

**§ 5** - (Vetado).

**§ 6** - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### **CAPÍTULO III**

#### **Do Planejamento e do Orçamento**

**Art. 36** - O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a

disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

**§ 1** - Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

**§ 2** - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

**Art. 37** - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

**Art. 38** - Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

**Art. 39** - (Vetado).

**§ 1** - (Vetado).

**§ 2** - (Vetado).

**§ 3** - (Vetado).

**§ 4** - (Vetado).

**§ 5** - A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde -

SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

**§ 6** - Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde

- SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

**§ 7** - (Vetado).

**§ 8** - O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico hospitalares.

**Art. 40** - (Vetado).

**Art. 41** - As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

**Art. 42** - (Vetado).

**Art. 43** - A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

**Art. 44** - (Vetado).

**Art. 45** - Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde -

SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

**§ 1** - Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

**§ 2** - Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

**Art. 46** - O Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

**Art. 47** - O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

**Art. 48** - (Vetado).

**Art. 49** - (Vetado).

**Art. 50** - Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

**Art. 51** - (Vetado).

**Art. 52** - Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, Art.315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta Lei.

**Art. 53** - (Vetado).

**Art. 54** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 55** - São revogadas a Lei número 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei número 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, em 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alcenir Guerra

## Anexo 3

## Modelo de Ata de atividade educativa

17/04/2008 Realizado Programa de Hábitos e Qualidades na Igreja São Sebastião com Palestra sobre Odores, pelo THS Anderson, com a presença das Curs. Alice e Clauda ACS Anderson, Kaule Luciene, Marcela e a Dir. Joice e ACS Cilda.

1. Roseza Pacheco
2. João de Lima Ribas
3. Renira de Oliveira Franco
4. Doraci de S. Vitoriano
5. Maria da Luz
6. Janádia Vargas
7. Estevão Liana Laerte
8. Francisco Benedito Lima
9. Anônimo J. Sales
10. Joaquim Ribeiro
11. Cecília Brundak
12. Dione S.S. Ribeiro
13. Jansen Ribeiro
14. Edine Magda Santos
15. Chris Lopes dos Anjos
16. Joice de Almeida
17. Dione C.F. Matias
18. Eunice Ferrari
19. Mercedes Ribas Ferrari
20. Cláudia de Jesus Lavanti
21. Manoel Gomes Lavanti
22. Eris de S. Pires da Silva
22. Maria Zeneide
23. Walfrido Lima Ribeiro

## Anexo 4

### Roteiro de entrevistas semi-estruturadas

#### 1. Entrevista com os trabalhadores de saúde:

- Como você planeja as atividades educativas?
- Como você decide os assuntos abordados?

- Como você faz a atividade educativa?
- Você teve algum preparo como treinamentos para fazer atividades educativas?
- Você acha importante os momentos de atividades educativas? Por quê?
- Você lembra de algum resultado positivo de suas atividades educativas? Se sim, relate e o que você sentiu com isso?
- E se não sai como você planejou?
- Você gostaria de fazer algum comentário relacionado à educação em saúde?
- O que você acha que significa para a comunidade as atividades educativas?

## Anexo 5

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

- a) Você, trabalhador em saúde, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: "Educação em saúde: uma realidade nas Unidades de Saúde da Família?". É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é. Compreender as atividades de Educação em Saúde nas Unidades de Saúde da Família no DSBN da cidade de Curitiba

e se essas atividades estimulam a autonomia dos sujeitos, e promovem a saúde.

- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, com questões semi-estruturadas a ser realizada pela pesquisadora.
- d) Não há riscos previstos
- e) O tempo da entrevista será de aproximadamente 30 minutos a ser realizada no seu local de trabalho.
- f) Contudo os benefícios esperados são: contribuir para as atividades educativas em saúde , melhorando a promoção à saúde
- g) A pesquisadora, Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira, è mestranda em educação e poderá ser contatada pelo telefone 9147-1670 ou 3227-4061 e ainda na Unidade de saúde São João Del Rey da qual è funcionária, poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- h) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- i) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pela pesquisadora e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.
- k) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, as fitas serão desgravadas.
- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- m) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)  
Curitiba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira  
Pesquisadora

## Anexo 6

Entrevista com os usuários:

- O (a) senhor (a) sente-se doente por ter pressão alta. Conte-me como se sente e por quê?
- Como é o programa de hipertensos?
- No programa de hipertensos que acontece em área, existe algum momento de atividade educativa? Quando e como é?

- Teve alguma orientação que você recebeu e que você acha que foi muito importante? Conte-me?
- Você modificou algo em sua vida após alguma orientação que recebeu na Unidade de saúde? O quê?
- Tem alguma coisa que a senhora quer que seja diferente no programa de hipertensos? O que?
- Para o (a) senhor (a), o programa é importante? Por quê?
- O que o Sr(a) faz para melhorar sua “pressão alta”?
- O Sr(a) já fez alguma orientação que não a dada pelo médico ou pela enfermeira da Unidade de Saúde, para melhorar da “pressão alta”? O que ?

## Anexo 7

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

- a) Você, participante do programa de hipertensos, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: Educação em saúde: uma realidade nas Unidades de Saúde da Família?”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é. Compreender as atividades de Educação em Saúde nas Unidades de Saúde da Família no DSBN da cidade de

Curitiba e se essas atividades estimulam a autonomia dos sujeitos, e promovem a saúde.

- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, com questões semi-estruturadas a ser realizada pela pesquisadora.
- d) Não há riscos previstos
- e) O tempo da entrevista será de aproximadamente 30 minutos a ser realizada em sua residência ou na Unidade de saúde onde faz seu acompanhamento, conforme sua preferência.
- f) Contudo os benefícios esperados são: contribuir para as atividades educativas em saúde, melhorando a promoção à saúde.
- g) A pesquisadora, Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira, é mestranda em educação e poderá ser contatada pelo telefone 9147-1670 ou 3227-4061 e ainda na Unidade de saúde São João Del Rey, da qual é funcionária, poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- h) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- i) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pela pesquisadora e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida
- k) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, as fitas serão desgravadas.
- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- m) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)  
Curitiba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira  
Pesquisadora

## Anexo 8

### **Instrumento para diagnóstico das atividades educativas nas Unidades de Saúde, componentes do Distrito Sanitário Bairro Novo.**

1. Qual sua Unidade de Saúde? \_\_\_\_\_
2. Os programas de Hipertensos são realizados:  
 Apenas em área  
 Apenas na Unidade de Saúde

Em área e na Unidade de Saúde

**3.** Acontecem atividades educativas nos programas de hipertensos?

sim

não

às vezes

Raramente

**4.** Quais os profissionais envolvidos nas atividades educativas dos programas?( pode assinalar quantos forem necessárias)

Médicos(as)

Enfermeiros(as)

Auxiliares de enfermagem

Agentes Comunitários

**5.** Como são planejadas as atividades educativas?

Pela equipe

Pela comunidade

Pela equipe médico-enfermagem

Pelos médicos

Por quem vai fazer a atividade

Outros

**6.** Como a comunidade recebe as atividades educativas?

Gosta e reclama quando não acontece

Gosta mas não faz questão que aconteça

Assiste por imposição

Não gosta e prefere que não aconteça

**7.** A equipe considera as atividades educativas:

Muito importantes

Importantes

Pouco importantes

Sem importância , apenas sua obrigação

**8.** Houve algum treinamento para as atividades educativas?

- Sim , para todos os profissionais
- Sim , mas apenas para algumas categorias profissionais
- Não para nenhuma categoria profissional

**9.** As atividades educativas dos programas são preparadas com antecedência pela equipe?

- Eventualmente
- Nunca
- Sempre

**10.** A equipe discute as atividades educativas e reavalia os processos educacionais ?

- Eventualmente
- Nunca
- Sempre

**11.** Quem realiza as atividades educativas na sua Unidade?

- Sempre os mesmos profissionais, independente da área a ser realizada
- Em cada equipe , há pessoas que sempre fazem as atividades educativas
- Qualquer membro da equipe

## Anexo 9

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

- a) Você, Autoridade Sanitária Local do distrito sanitário Bairro Novo , está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: Educação em saúde : uma realidade nas Unidades de Saúde da Família?”. É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é. Compreender as atividades de Educação em Saúde nas Unidades de Saúde da Família no DSBN da cidade de Curitiba e se essas atividades estimulam a autonomia dos sujeitos, e promovem a saúde.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um questionário, com questões abertas e fechadas a ser realizada pela pesquisadora.
- d) Não há riscos previstos
- e) O tempo de preenchimento será de aproximadamente 20 minutos a ser realizada em reunião das chefias no Distrito Sanitário Bairro Novo
- f) Contudo os benefícios esperados são: contribuir para as atividades educativas em saúde, melhorando a promoção à saúde.
- g) A pesquisadora, Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira, è mestranda em educação e poderá ser contatada pelo telefone 9147-1670 ou 3227-4061 e ainda na Unidade de saúde São João Del Rey , da qual é funcionária, poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- h) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- i) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pela pesquisadora e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.

- k) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- l) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, nem a Unidade de saúde a qual é responsável e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)  
Curitiba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira  
Pesquisadora

## Anexo 10

**Proposta de Treinamento Inicial em Educação para Trabalhadores de Saúde**

Como já descrito na fundamentação teórica dessa pesquisa a Educação em Saúde faz parte do atendimento em saúde como um todo, mas é na atenção primária que encontra um ambiente propício para tal, principalmente dentro da Estratégia do Saúde da Família. No presente estudo foi constatado que na Cidade de Curitiba, há uma deficiência na formação dos trabalhadores em saúde no que diz respeito à capacitação pedagógica. Esse achado provavelmente pode ser extrapolado para a maioria das cidades, pois há problemas também no que diz respeito à formação desses profissionais, dado esse obtido nas entrevistas realizadas nesse estudo.

Sabe-se da dificuldade dessas capacitações, pois, os profissionais em Saúde têm diferentes formações e precisa-se antes balizar esses conhecimentos para posteriormente aprofundar. Sem o objetivo de formar pedagogos, precisa iniciar com uma oficina com os conhecimentos básicos em educação e uma passagem pelas atuais tendências da educação em saúde, com a educação popular e a interação de saberes.

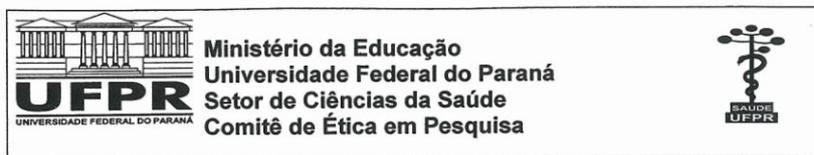
Na proposta da tabela 3, consta uma oficina de 40 horas, para todos os profissionais de saúde, partindo de conhecimentos básicos e com objetivo de aproximar esses sujeitos dessa área de conhecimento. Deve-se ainda dar continuidade a essa oficina com outros momentos de aprofundamento e principalmente com grupos de discussão para atualização e compartilhar as angústias, sucessos e insucessos, pois, só com o constante estudo e discussão pode-se construir um modelo educacional para a saúde que atenda os objetivos e as particularidades da educação em saúde, que trabalha com sujeitos adultos, em momentos pontuais e dificilmente de procura espontânea, o que acaba sendo uma atividade que atende mais as necessidades do serviço do que dos sujeitos.

Tabela 3: Oficina de aproximação com Educação em Saúde

<b>Objetivos Educacionais</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Horas</b>	<b>Material Didático</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Avaliação</b>
1- Apresentar os sujeitos participantes e seu contexto	Apresentação dos sujeitos seguindo um roteiro mínimo	4	quadro negro e giz	Apresentação das pessoas e suas características pessoais com valorização das pessoas	Participação dos sujeitos
	<b>Unidade I</b>				
2- Conhecer o histórico da Educação em Saúde	História da Educação em Saúde desde início do século passado até a Estratégia do Saúde da família	4	Papel e caneta	Problematização da história da Educação em saúde, com a construção coletiva do processo histórico.	Construção da linha do tempo
	<b>Unidade II</b>				
3- Identificar as tendências pedagógicas aplicáveis em saúde	Tendências Pedagógicas segundo a classificação do Mec, com suas características e objetivos.	4	textos	Trabalhos em grupos com a disponibilização de textos que facilitem a compreensão apresentação por dramatização com posterior discussão	Participação dos sujeitos
	Ênfase a Educação Popular e ao interacionismo de Vigotsky e Wallon e sua aplicação na Saúde	4	sala para dramatização		Participação dos sujeitos
	<b>Unidade III</b>				
4- Compreender a perspectiva atual com interação dos saberes	Resultados das práticas pedagógicas mais utilizadas e as atuais com atenção ao contexto dos sujeitos e afetividade	4	textos complementares	Com os conhecimentos da discussão anterior com de novos textos complementares	Participação dos sujeitos
	<b>Unidade IV</b>				
5- Aplicar na prática os conhecimentos teóricos	Aulas práticas com aplicação dos conteúdos	20	sala de aula	Divisão em pequenos grupos com temas diferentes e a realização de atividades educativas	Avaliação dos outros grupos ao final da atividade com descrição de sentimentos

## Anexo 11

## Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR



Curitiba, 06 de junho de 2007.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Joseane Maria Andrade Mouzinho de Oliveira**  
Nesta

Prezado(a) Senhor(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Educação em saúde: uma realidade nas unidades de saúde da família?**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado com pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 23 de maio de 2007. Pendências apresentadas, documentos analisados e projeto aprovado em 06 de junho de 2007.

Registro CEP/SD: 350.030.07.05  
CAAE: 0939.0.000.091-07

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

**Data para entrega do relatório final ou parcial: 06/12/2007.**

Atenciosamente



**Prof.ª. Dr.ª. Líliliana Maria Labronici**  
Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde