

Universidade Federal de Juiz de Fora
Pós - Graduação em Serviço Social

Maria de Lourdes dos Reis

**Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do
Município de Juiz de Fora - MG**

Juiz de Fora
2009

Maria de Lourdes dos Reis

**Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do
Município de Juiz de Fora - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Serviço Social da Universidade
Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Serviço
Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Costa
Amoroso Lima

**Juiz de Fora
2009**

Reis, Maria de Lourdes.

Grupos educativos em saúde nas unidades de saúde da família do município de Juiz de Fora / Maria de Lourdes Reis. - 2009. 124 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Educação em saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde da família.

I. Título

CDU 613/614

À memória de Albertina Barreto dos Reis cujo exemplo de coragem tem sido o apoio nos momentos em que o desânimo e a descrença teimam em me assombrar. Mãe querida, presença constante que me acompanha pelos caminhos do amor e da crença na vida.

Às minhas amadas irmãs, meu irmão, sobrinhos e sobrinhas pelos sentimentos compartilhados.

Ao meu querido Robson, pelo carinho e apoio incondicional.

A todos os profissionais de saúde que acreditam e lutam por um atendimento mais digno aos usuários SUS.

AGRADEÇO

À energia divina que me impulsiona e guia-me na trajetória terrena.

À minha mãe Albertina (*in memoriam*), por ter me gerado e com muito amor conduzido meus primeiros passos. Amor eterno!

Às minhas irmãs, meu irmão, sobrinhos e sobrinhas que representam o amor e a força para acertar a rota e seguir em frente. Agradeço a compreensão das minhas ausências e a vibração positiva por minhas vitórias.

Ao Robson pelo amor, carinho, incentivo e por acreditar no meu potencial quando nem eu mesma acreditava. Obrigado meu amor! Este trabalho não existiria sem sua força.

À minha querida orientadora Prof^ª Ana pela paciência, dedicação e pelo carinho com que me orientou na construção desta dissertação. Eterna gratidão, por compartilhar comigo sua sabedoria e motivar-me na busca pelo conhecimento.

À Pr^ª Mônica de Assis pela disponibilidade em participar da Qualificação do Projeto e da Defesa da Dissertação. Agradeço pelo carinho com que me acolheu para os estudos individuais que colaboraram imensamente para construção deste trabalho.

À Pr^ª Édina pelo incentivo e por aceitar fazer parte da banca de avaliação desde a Qualificação do Projeto à Defesa da Dissertação.

À Pr^ª Alexandra pelos conhecimentos compartilhados nos estudos individuais que muito contribuíram para a elaboração desta dissertação.

Às Professoras Ana Mourão, Auta e Leda pelos ensinamentos desde a Graduação.

À Coordenadora do Programa Prof^ª Cida pela acolhida no Mestrado e pelo sorriso carinhoso que incentiva a seguir em frente.

A todos os professores e colegas do mestrado.

À amiga Marina pelo carinho e disposição que sempre demonstra no apoio aos amigos.

Às companheiras do Grupo de Pesquisa e em especial à Antoniana, pela convivência motivadora.

A todas (os) amigas e amigos pela vibração nas alegrias e apoio nas tristezas.

À querida Luana pela colaboração na revisão deste trabalho.

As amigas de Mendes Gi, Dani, Letícia e Roberta, pela convivência que faz com que os dias longe de casa sejam mais agradáveis.

Às equipes das Unidades de Saúde da Família, especialmente aos supervisores e profissionais que concederam as entrevistas e as informações para a construção deste trabalho.

Ao Programa de Mestrado da Faculdade de Serviço Social pela colaboração no financiamento de parte deste trabalho.

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e
daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

*Mestre não é quem sempre ensina, mas
quem de repente aprende.*

Guimarães Rosa

RESUMO

Esta dissertação traz a reflexão sobre a prática educativa em saúde pautada nos princípios na Educação Popular. O estudo parte da compreensão de que a educação na saúde faz parte do conjunto de ações de saúde e que envolve diferentes abordagens sinalizadas por dois modelos: o tradicional e o crítico. O primeiro modelo tem como foco a intervenção curativa e a prevenção de doença, a partir de repasse de conteúdos biomédicos que visam mudanças de atitudes e comportamentos, para a redução de riscos individuais. O segundo modelo parte da realidade do indivíduo e o reconhece como sujeito da prática educativa e tem como base os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Este modelo reafirma a participação popular. Tendo em vista que a prática educativa se desenvolve no contato do profissional com a população tanto no momento individual quanto no coletivo, buscou-se com este trabalho identificar e analisar e as ações educativas coletivas das equipes de Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde – UBS's do Município de Juiz de Fora – MG. Para atingir os resultados expressos no objetivo partimos do estudo bibliográfico composto pelas principais elaborações teóricas sobre o tema. O cenário para a pesquisa de campo foi composto por 06 (seis) Unidades de Saúde da Família. Foram realizadas 12 (doze) entrevistas, sendo 06 (seis) com os supervisores das Unidades e 06 (seis) com os profissionais que tinham dentre suas atividades profissionais a elaboração e realização de grupos educativos. Utilizamos também informações levantadas junto à Coordenação da Estratégia de Saúde da Família do Município e nos projetos de intervenção elaborados pelas equipes. Estas informações compuseram o conjunto de dados para análise. A pesquisa teve como base metodológica a abordagem qualitativa e o método de análise hermenêutico-dialético. Os resultados da pesquisa demonstraram avanços, no que se refere aos grupos educativos desenvolvidos pelas equipes de Saúde da Família, porém as dificuldades existentes tornam-se obstáculos consideráveis para a efetivação do modelo crítico de se educar em saúde.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Grupos Educativos. Estratégia de Saúde da Família. Política Municipal de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation brings reflection on educational practice in health principles based on popular education. The study part of the understanding that education on health makes part of health actions, which involves and approaches flagged by two models: the tradition and critical. The first model must the curative intervention and prevention of disease, from funding biomedical content aimed at changing attitudes and behavior, for individual risk reduction. The second template part of the reality of individual and recognizes as educational practice and is based on the social determinants of health-sickness process-care. This model reaffirms popular participation. Having educational practice develops in professional contact with the population both individual and the currently collective, sought to work with this to identify and analyze and educational collective actions teams Family Health of Basic Health Units – BUH of the Municipality Juiz de Fora – MG. In order to achieve the results expressed in objective the goal we compound by the main study bibliographic theoretical construct. The scenario for your search was composed of 06 (six) Family Health Units. Were carried out 12 (twelve) interviews, and 06 (six) with supervisors and 06 (six) with the professionals who had among its professional preparation and activities achievement of educational groups. Also information raised with the Coordination of Family Health Strategy of the Municipality and projects intervention developed by teams. This information written all data for analysis. The survey was based on a methodological approach qualitative analysis method and hermetic-dialectic. Search results showed progress in as regard educational groups developed by teams of Health Family, but the difficulties become obstacles to the considerable effective in to educate critical in health.

Keywords: Popular Education in Health. Educational Groups. Family Health Strategy. Policy Health Municipal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS PERSPECTIVAS TRADICIONAL E CRÍTICA – TRAÇOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS.....	18
2.1 Perspectiva Tradicional.....	19
2.2 Educação Popular em Saúde: expressão da perspectiva crítica.....	24
2.2.1 Espaços de Realização da Educação Popular em Saúde.....	33
3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.....	42
3.1 Aspectos Econômicos, Sociais e Políticos de Juiz de Fora.....	42
3.2 Notas Históricas da Saúde no Contexto Municipal.....	46
3.2.1 Estratégia de Saúde da Família.....	54
3.3 Educação em Saúde no Município.....	65
4 O DESENHO DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.....	70
4.1 Perfil dos Entrevistados.....	71
4.2 Os Grupos Educativos em Saúde.....	73
4.2.1 Educação em Saúde na Visão dos Entrevistados.....	74
4.3 Organização dos Grupos Educativos.....	84
4.4 Facilidades e Dificuldades.....	90
4.5 Projeto Municipal de Educação em Saúde.....	98
4.6 Na Busca da Consolidação do Modelo Crítico.....	103
4.6.1 A Importância do Assistente Social no Desenvolvimento dos Grupos Educativos.....	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	126

1 - Introdução

Esta dissertação – Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora – MG – tem como tema central a prática educativa em saúde pautada nos princípios da Educação Popular.

A contribuição da Educação Popular representa não só a valorização do conhecimento popular no âmbito da saúde, mas também as novas práticas educativas. Práticas e técnicas que extrapolam o caráter normatizador do modelo tradicional e avançam no sentido da transposição de paradigmas porque “ao invés de difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procuram problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo”. (VASCONCELOS, 2004, p. 71). Portanto, esta pedagogia reforça a tese de que o diálogo entre educador e educando contribui para reflexão crítica do indivíduo sobre sua realidade e cria o espaço apropriado para o fortalecimento da resistência contra a desigualdade social. A idéia de interação entre o saber popular e o saber técnico que norteia a Educação Popular em Saúde favorece a luta da população por melhores condições de vida, bem como traz a compreensão de que fatores culturais, ambientais, socioeconômicos e políticos interferem no processo de saúde e adoecimento das pessoas.

O meu interesse pelo campo da saúde, que motivou a construção do estudo que ora apresento, vem desde o período de minha graduação, no Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Com o término da graduação e a oportunidade de inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pude vivenciar a política de saúde *in loco*, durante os dois anos (2005 a 2007) em que atuei como Assistente Social Residente. Neste período fiz parte de uma equipe multiprofissional de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde – UBS – da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. O cotidiano do trabalho suscitava minhas reflexões acerca do sistema de saúde no Estado brasileiro, bem como a forma como este se reflete na organização do serviço de Atenção Primária à Saúde do Município, considerando suas devidas especificidades.

A situação de vulnerabilidade social apresentada pelos usuários que buscavam os serviços na UBS em que eu trabalhava e as dificuldades dos serviços de saúde em responder às necessidades daquelas pessoas chamavam minha atenção. Notei que a procura pelo atendimento tinha uma forte relação com situações ligadas às condições socioeconômicas e não somente às questões biológicas. Eu percebi que situações vivenciadas pela grande maioria

das pessoas que procuram os serviços de saúde necessitam de intervenções que vão além da questão biológica.

Dessa forma, compreendi também que os avanços viabilizados pela constituição do Sistema Único de Saúde – SUS – ainda não conseguem garantir a saúde da população, no sentido amplo do termo, e que, para tanto, é necessário assegurar acesso “à educação, à moradia, à alimentação, à garantia de paz, um ecossistema estável, renda e justiça social”. (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004, p.260). Porém, apesar do modelo de atenção à saúde assegurado pelo SUS ainda estar aquém do atendimento às necessidades de saúde da população, iniciativas como a implantação da Estratégia de Saúde da Família – ESF – têm contribuído na reorientação dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A ESF, cujos eixos estruturantes estão centrados na atenção integral à saúde, criou novos caminhos que aproximam a equipe de saúde da realidade dos usuários de forma a redirecionar esta relação, além de ter proporcionado mudanças que refletem na intervenção dos profissionais, ao avançar para o desenvolvimento de ações que podem incidir nas condições de vida e de saúde a fim de mudá-las. Neste sentido, a Saúde da Família ainda pode sensibilizar os profissionais a adotarem novas práticas incluindo, certamente, as atividades de educação em saúde norteadas pelos princípios da Educação Popular. Para isto é importante conhecimento, condições favoráveis e interesse dos sujeitos envolvidos com o rompimento do modelo hegemônico.

Conforme venho relatando, a materialização desta pesquisa também está ligada à minha participação no desenvolvimento dos grupos educativos da UBS. Neste trabalho fui percebendo algumas lacunas quanto aos reais objetivos e o significado dos grupos. Na maioria das vezes o trabalho em grupo concentrava ações a partir de determinadas doenças, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, ou em temas como Assistência ao Pré-natal, o Climatério, prevenção de DSTs/AIDS e gravidez na adolescência. Observei que, apesar destes grupos apresentarem resultados considerados satisfatórios, nem sempre havia uma preocupação com a percepção do usuário sobre seu corpo, seu estado de saúde e a qualidade de vida. Muitas vezes, estes espaços coletivos são priorizados apenas para incentivar mudanças de comportamentos, através de orientações e informações. Há, ainda, o risco de se criar um estigma em torno do grupo, quando designado pela patologia, além de não contribuir para a construção de um conhecimento que possa estimular o envolvimento do usuário, tanto no cuidado com sua própria saúde quanto na participação ativa da vida comunitária. A dificuldade para a operacionalização dos grupos, devido à ênfase no atendimento individual, também era parte de minhas inquietações.

Consciente desses *nós*, conduzi este estudo pautando-me na concepção crítica da educação em saúde, representada pela proposta teórico-metodológica da Educação Popular em Saúde – EPS. No decorrer da pesquisa pude compreender a potencialidade da EPS, no sentido de propiciar mudanças na forma de pensar e operacionalizar as práticas, bem como sua contribuição para que profissionais e usuários apreendam criticamente que é responsabilidade coletiva assegurar condições favorecedoras de saúde.

Além do percurso narrado, minha inserção no grupo de pesquisa – *Políticas Públicas, Gestão e Cidadania*, integrado por professores e pesquisadores da Faculdade de Serviço Social da UFJF, e a participação na pesquisa que aborda a questão da *Integralidade na Atenção Primária do Município de Juiz de Fora: as Variações de Aplicabilidade do Modelo Tecno-Assistencial na Operacionalização do SUS*, contribuíram para a construção deste trabalho. Ao atuar na referida pesquisa pude me aproximar do trabalho desenvolvido em outras Unidades de Saúde da Família e com isto elencar pistas sobre a perspectiva de educação em saúde manifestada nas práticas coletivas. Chamou-me a atenção o fato de que embora as atividades coletivas incorporassem características do modelo crítico, mantinham traços da concepção tradicional ou mesmo combinavam as diferentes concepções. Esta, portanto, tornou-se a questão norteadora da minha análise, partindo da premissa de que na maioria das vezes os grupos educativos ocorrem de forma acrítica e ainda conservam o caráter assistencialista e regulador.

A partir das minhas percepções, **a prática educativa em saúde** emergiu como objeto do estudo e os **grupos educativos** como foco da reflexão.

O **objetivo geral** da pesquisa foi identificar e analisar as ações coletivas de educação em saúde das equipes de Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde – UBS's, do Município de Juiz de Fora. Os **objetivos específicos** foram:

- Identificar as referências teórico-metodológicas que subsidiam as ações educativas coletivas de saúde nas UBS's;
- Caracterizar a conjuntura das ações educativas coletivas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora;
- Identificar facilidades e dificuldades na organização das ações educativas coletivas nas UBS's;
- Identificar a configuração da política de educação em saúde do município de Juiz de Fora.

Para atingir os resultados expressos nos objetivos, tracei o caminho metodológico ancorando-me na perspectiva teórica de Minayo (1994). Adotei para a investigação do objeto a abordagem qualitativa por considerar que esta metodologia permite apreender melhor o universo de significados presentes nas práticas profissionais que envolvem a compreensão do processo saúde-doença. Utilizei também dados quantitativos, para integrar alguns elementos na análise da realidade investigada. Esta escolha não comprometeu a pesquisa uma vez que, dados quantitativos e qualitativos não se opõem, pelo contrário se complementam, conforme sinaliza Minayo (1994).

A definição da **amostra da pesquisa** e a **escolha do cenário** se deram tanto pela natureza do objeto de estudo, que priorizou o estudo das práticas nas equipes de Saúde da Família, quanto pelo fato de que as UBS's selecionadas faziam parte da amostra da pesquisa, anteriormente referenciada, que trata da "*Integralidade na Atenção Primária do Município de Juiz de Fora: as Variações de Aplicabilidade do Modelo Tecno - Assistencial na Operacionalização do SUS*".

Foram pesquisadas 06 (seis) UBS's:

- Três Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e três Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Essas UBS's estão localizadas em 05 (cinco) diferentes regiões da cidade sendo: 02 (duas) na Região Leste; 01 (uma) na Norte; 01 (um) na Noroeste; 01 (uma) na Sul; e 01 (uma) na Sudeste. Destaco ainda que a escolha da amostra, neste caso, não comprometeu o objetivo do estudo, já que na pesquisa qualitativa o critério numérico não interfere na representatividade, pois o que deve ser considerado são os sujeitos sociais que apresentam uma vinculação mais expressiva para o problema que será investigado, de acordo com a análise de Deslandes (1994).

Na condução da pesquisa busquei apoio na literatura científica e demais reflexões teóricas tecidas em artigos e pesquisas, com base no *estado da arte* que abrange, entre outros dados, o conhecimento em torno de conceitos e categorias. Estas leituras transcorreram em todo o processo de construção, contribuindo para a definição das *categorias analíticas*. De acordo com Minayo (1998, p. 94) as *categorias analíticas* "são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o

conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais”. A autora sinaliza também a necessidade da discussão acerca das *categorias empíricas*, ou seja, aquelas construídas com a finalidade operacional que visa o trabalho de campo e possuem, também, a capacidade de apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade concreta. Tais categorias permitem revelar condições empíricas mistificadas e concepções peculiares.

Partindo dessa compreensão foram definidos os quatro temas analíticos. São eles:

- Educação Popular em Saúde
- Política de Saúde
- Atenção Primária à Saúde
- Estratégia de Saúde da Família

Sobre os **sujeitos participantes da pesquisa** houve alguns ajustes porque inicialmente estavam incluídos no grupo de entrevistados o Subsecretário Municipal da Atenção Primária à Saúde e o Coordenador Municipal da Estratégia de Saúde da Família. A mudança ocorreu devido à dificuldade de acesso a essas pessoas em consequência dos últimos acontecimentos que afetaram o cenário político do Município, conforme apresentado no segundo capítulo deste trabalho. Com a pesquisa devidamente autorizada pelos participantes e registrada no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da UFJF sob o nº 280/2006, iniciei as entrevistas totalizando 12 (doze). Foram entrevistados 06 (seis) supervisores das UBS's e 06 (seis) profissionais, sendo um de cada UBS's que tinham dentre suas atividades profissionais a elaboração e realização de grupos educativos. A escolha foi aleatória, no que tange à profissão do informante. Esta escolha foi justificada pela razão dos referenciados sujeitos conhecerem ativamente o contexto estudado, bem como a condução das equipes no cotidiano do trabalho e o desenvolvimento de atividades educativas em saúde.

Utilizei como instrumento de **coleta de dados** a entrevista semi-estruturada, por ser este o instrumento que permite questionamentos básicos que estão apoiados em teorias e em hipóteses que interessam à pesquisa, além de oferecer novas interrogativas e hipóteses que se revelam nas respostas do entrevistado, conforme Bógus & Nogueira-Martins (2004).

O roteiro escolhido para a realização das entrevistas é classificado por Patton, citado por Deslandes et al (2005), como *focalizado*. Trata-se de uma lista de questões que são submetidas a todos os entrevistados, mas que, ao mesmo tempo, possibilita ao entrevistador ou ao entrevistado explorarem mais determinadas temáticas ou ponto de vista. Os autores supramencionados também destacam a importância de cada questão do roteiro fazer parte do

delineamento do projeto. Assim, os itens do roteiro de entrevistas se ligavam aos objetivos da pesquisa, buscando apreender as seguintes informações:

- O trabalho com grupos (concepção de educação em saúde e atividades que caracterizam as ações educativas, as teorias e os métodos utilizados na execução destas).
- Os processos de organização das ações educativas coletivas (projetos de intervenção, elaboração, planejamento e avaliação dos grupos).
- Os fenômenos que facilitam ou que representam entraves para o planejamento, elaboração, execução, coordenação, sistematização e efetivação das ações educativas coletivas em saúde.
- A organização da política de Educação em Saúde no Município de Juiz de Fora.

Com base na reflexão de Bachelard e Block, citados por Deslandes (2005), de que os textos não falam por si só, mas respondem às indagações do pesquisador, utilizei como fonte documental para análise os projetos de intervenção com grupos, elaborados pelas equipes. Entretanto, das seis UBS pesquisadas só foi possível o acesso a estes documentos em três.

Além das entrevistas e da análise dos projetos busquei informações junto à Coordenação da ESF sobre os grupos educativos desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família. Neste caso me deparei com a escassez de elementos para análise, pois encontrei somente dados numéricos, que apesar de contribuírem para avaliar o panorama quantitativo, não ajudou a discernir a dimensão qualitativa dos grupos.

No que concerne à estrutura, a presente Dissertação está organizada em três capítulos. O primeiro – **Educação em Saúde nas Perspectivas Tradicional e Crítica - Traços Conceituais e Históricos** – é fruto da revisão bibliográfica que direcionou o estudo e traz uma descrição a partir da reflexão teórica de diferentes estudiosos. No primeiro item apresentei um breve resgate histórico do modelo tradicional da educação em saúde, destacando as formas de intervenção de cada época. No segundo item sinalizei para os fundamentos e princípios norteadores do modelo crítico, destacando a Educação Popular em Saúde, bem como a sua inserção e representação na atual estrutura do Ministério da Saúde. Finalizei o capítulo apresentando a discussão sobre diferentes formas de interpretação do grupo, como espaço coletivo de realização das atividades educativas em saúde.

No segundo capítulo – **Estratégia de Saúde da Família e a Educação em Saúde no Município de Juiz de Fora** – destaquei particularidades da cidade de Juiz de Fora, ressaltando a organização da política de saúde com ênfase nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Em linhas gerais, apresentei a contextualização histórica da Estratégia de Saúde da Família – ESF – e a incorporação da educação em saúde no Município. Encerrei o capítulo tecendo algumas considerações sobre as práticas educativas em saúde orientadas pelo modelo das Linhas Guias, que faz parte da proposta de organização dos serviços de saúde do Estado de Minas Gerais.

O terceiro capítulo – **O Desenho dos Grupos Educativos na Estratégia de Saúde da Família no Município de Juiz de Fora** – traz a apresentação e a discussão dos resultados. Na primeira parte fiz um esboço do perfil dos entrevistados e na segunda a descrição da análise dos dados. Busquei organizar a apresentação dos resultados a partir da sequência dos quatro subtemas definidos no processo de construção da entrevista e de organização dos dados coletados: Os Grupos Educativos em Saúde; Organização dos Grupos Educativos; Elementos Facilitadores e Dificultadores; Projeto Municipal de Educação em Saúde. Finalizei este capítulo apresentando um relato de uma experiência específica, que se destacou pela proposta inovadora de se educar em saúde.

Fechei resolutamente este trabalho tecendo algumas considerações sobre a temática estudada e os resultados da pesquisa resguardando a consciência de que as reflexões exaradas não encerram a discussão sobre o panorama das práticas educativas coletivas das UBS's de Juiz de Fora, mas, sim, representam o começo de um esforço para mudar aquilo que impede a ruptura com o modelo tradicional.

Cabe mencionar que no processo de desenvolvimento deste estudo, incorporei o desafio de apreender e discutir com os profissionais qual o norte das práticas educativas coletivas. As indagações de partida foram de duas naturezas. A primeira: será que se está fortalecendo o modelo tradicional da simples transmissão de normas ou de saberes técnicos? E a segunda, numa inversão dialética, se pergunta: ou, pelo contrário, será que está presente o modelo que valoriza a ação coletiva e investe na autonomia dos sujeitos sociais, cujos princípios estão pautados na Educação Popular? Com o esforço do exercício reflexivo busquei aproximar-me das respostas que estão apresentadas ao longo da Dissertação, mais especificamente no seu trato conclusivo.

Minha expectativa é a de que possa ter contribuído para trazer, de uma forma organizada e refletida, a ainda pouco explorada realidade das práticas de educação em saúde no município de Juiz de Fora. E na infinitude da busca me anoro no poeta americano-inglês,

T.S.Eliot: “Não deixaremos de explorar e, ao término de nossa exploração deveremos chegar ao ponto de partida e conhecer esse lugar pela primeira vez”.

Capítulo 2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS PERSPECTIVAS TRADICIONAL E CRÍTICA – TRAÇOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS

A educação em saúde está presente na atuação dos profissionais e, ao longo da história vem se articulando aos modelos de assistência à saúde caracterizada por diferentes abordagens e concepções. Faz parte do conjunto de ações de saúde e requer para sua realização planejamento e investimentos. Hoje as práticas educativas que privilegiam aspectos sociais para além dos biológicos têm significado um instrumento favorável na luta por melhores condições de vida e saúde da população.

As mudanças no âmbito da Atenção Primária à Saúde trouxeram para o cotidiano dos serviços um apelo maior à prática educativa. Consequentemente, estudiosos e trabalhadores engajados com o caráter crítico da educação em saúde analisam a repercussão ideo-política desta prática na vida da população. Problematizam ainda a representação do usuário no processo educativo instituído nos serviços de saúde. Este exercício de análise e reflexão das experiências nas diferentes épocas tem contribuído para o surgimento de modelos e propostas inovadoras. São inúmeras as elaborações que percorrendo o caminho histórico discutem o fazer educativo em saúde, expressando o movimento da sociedade, seus anseios e as respostas às necessidades da população. O empenho dos críticos do modelo tradicional volta-se para a constituição de práticas educativas transformadoras e estratégias de superação da realidade.

O esforço é, fundamentalmente, para a consolidação de práticas educativas que resgate o usuário como sujeito participante e ativo, não mais um mero paciente desvinculado da sua realidade objetiva e subjetiva. Além disto, a crítica à educação em saúde colabora para a construção de saberes favoráveis à Promoção da Saúde¹ e à qualidade de vida dos usuários, bem como para o reordenamento geral dos serviços de saúde e o fortalecimento do trabalho intersetorial e dos vínculos entre a população e os profissionais.

Este capítulo tem o objetivo de resgatar e apresentar os principais pontos do debate teórico-conceitual sobre a educação em saúde. Inicia-se com um breve resgate histórico do **modelo tradicional** da educação em saúde, destacando as formas de intervenção de cada época. Em seguida, serão apresentados os fundamentos e princípios norteadores do modelo

¹A Promoção da saúde de acordo com a Carta de Ottawa é [...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar, físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2002a, p.19).

crítico com o enfoque da **Educação Popular em Saúde**, bem como a sua inserção e representação na atual estrutura do Ministério da Saúde. Para finalizar, tendo em vista o objeto de estudo desta pesquisa, será apresentada a discussão sobre diferentes formas de interpretação do **grupo** como espaço coletivo de realização das ações educativas em saúde.

Diante da complexidade do conjunto das temáticas, o texto é conduzido para uma resumida abordagem das questões, mais no sentido de situar os leitores quanto as referenciais conceituais norteadoras da pesquisa, do que esgotar toda a discussão. Porém ao longo do texto haverá indicações para os estimulados a conhecer profundamente o tema da educação em saúde.

2.1 – Perspectiva Tradicional

Na aproximação da temática da educação em saúde é necessário, inicialmente, compreender que a articulação entre as duas áreas pode se desenvolver tanto nos níveis de atenção à saúde, quanto na busca de conhecimento pelos profissionais. Esta intercessão tem capacidade de constituir uma sucessão de momentos de ensino e aprendizagem.

O resultado da interconexão entre a educação e a saúde se apresenta na literatura através de diferentes denominações: Educação Sanitária, Educação e Saúde, Educação para a Saúde e Educação Popular em Saúde. Repetidamente tem-se empregado o termo educação em saúde como sinônimo destas expressões, porém, cada qual pode conter distintas concepções acerca da saúde, da educação e do indivíduo.

Na ligação que se faz da educação e saúde sobressaem duas tendências principais, sendo a primeira relacionada à influência dos profissionais de saúde junto ao indivíduo, com finalidade de mudanças de hábitos, de prevenção e controle de doenças. Este modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizado na doença, na intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza a mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE & OLIVEIRA, 2001; CHIESA & VERÍSSIMO, 2003). Esta prática educativa em saúde inclui estratégias como de informações verticalizadas, que definem comportamentos a serem adotados para se ter saúde. Nesta perspectiva o indivíduo é visto como um ser que deve ser educado, uma vez que está desprovido de saberes ou que os têm de forma equivocada. Esta forma de educar segue o

modelo pedagógico da educação *bancária*², que segundo o filósofo e educador Paulo Freire, caracteriza-se por uma relação não dialógica entre educador e educando. Nesta relação o

educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em “vasilhas”, em recipientes a serem ‘enchidos’ pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus ‘depósitos’, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente ‘encher’, tanto melhores educandos serão. Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. (FREIRE, 1983, p. 98).

A segunda tendência é norteadada pela ação coletiva que reafirma a participação popular. Tem como base os determinantes sociais do processo de saúde e doença, visa romper com o caráter adaptador do modelo tradicional e representa a crítica ao modelo hegemônico, pautando-se na proposta pedagógica de Paulo Freire. Nesta perspectiva se localiza a Educação Popular em Saúde, que no Brasil vem ocupando os espaços de discussões sobre as práticas educativas e da qual trataremos posteriormente.

Conforme Prado et al (2007) o Comitê de Especialistas em Planejamento dos Serviços de Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde sinaliza que:

O foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a:

1. Adotar e manter padrões de vida saudáveis;
2. Usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição;
3. Tomar suas próprias decisões tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e condições do meio ambiente. (p. 35).

Nessa definição a compreensão de que adotar padrões de vida saudáveis responsabilidade do indivíduo demonstra a contradição, sobretudo porque nos tempos atuais é notório que esta é uma questão que também passa pelo envolvimento, assim como pelo comprometimento da coletividade e, certamente do poder público.

No entendimento de Candeias (1997),

educação em saúde é quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde.

Na prática a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar

² Este modelo pedagógico é discutido por Paulo Freire no livro *Pedagogia do Oprimido*. Editora: Paz e Terra, 1983.

logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico em seus diferentes níveis de atuação, e na comunidade [...]. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades é obvio tratar-se de uma atividade-meio. (p. 210).

Na definição de Stoz (2007):

Educação e Saúde são do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltados para 'instrumentalizar' o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

O aspecto principal dessa orientação reside na apropriação, pelos educadores profissionais e técnicos em saúde do conhecimento técnico-científico da biomedicina (medicina ocidental contemporânea) sobre os problemas de saúde que são a seguir repassados como normas de conduta para as pessoas. (p. 46).

Historicamente registra-se que no Brasil as primeiras experiências com programas de educação em saúde datam da década de 20 do século passado. No ano de 1924, os médicos Carlos Sá e César Leal Ferreira criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. Um ano depois, em 1925, o médico sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza cria a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de fiscalização geral e específica. No mesmo período, em Pernambuco, foi criado pelo também médico Amaury Medeiros, a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência³.

Na sua origem, as práticas educativas caracterizaram-se como instrumento da política de saúde associada a uma questão de bons hábitos. Com objetivo de garantir as forças produtivas, o Estado, mediante um discurso higienista e moralista, cumpria a função de civilizar a grande massa da população. Justificava-se, portanto, o papel marginal e breve da educação em saúde num discurso que apregoava a incapacidade do povo de ter maior compreensão sobre as questões de saúde. Por esta razão as práticas limitavam-se à distribuição de folhetos avulsos denominados de *Conselhos ao Povo*, que continham informações de como evitar doenças, de acordo com Vasconcelos (2001b, p.86).

Um dos principais estudiosos do campo da educação em saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, em seu regate sobre os primórdios das práticas educativas revela que até a

³ Fonte: Conferência Nacional de Saúde On-Line <http://www.datasus.gov.br/cns>.

década de 1970 a educação em saúde dos moldes brasileiros foi basicamente uma ação das elites políticas econômicas. Dessa forma, as práticas educativas caracterizavam-se pela,

[...] imposição de normas e comportamentos considerados por elas adequados, num tipo de educação que poderia ser chamada de ‘toca-boiada’, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isso, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça). (VASCONCELOS, 2001a, p. 14).

Também na análise de Valla citado por Oliveira (2003), tradicionalmente as práticas educativas representavam um movimento fundamentalmente de cima para baixo, classes dominantes para as classes populares. A idéia que norteava estas práticas é a de que, por não possuírem conhecimento próprio, as classes populares necessitam de orientação das classes hegemônicas. O argumento era de que os *pobres* precisavam de uma educação que lhes garantisse uma melhor saúde. Em consonância com os interesses das classes dirigentes do Estado e com o objetivo de controle social sobre as classes subalternas, o argumento desenvolvido em torno da questão da saúde tinha o caráter essencialmente regulador.

No contexto das cidades emergentes do século XIX, o discurso sanitário seguia na esteira das tendências européias, desenvolvendo-se em torno da moralidade e da disciplina higiênica. O hospital, o hospício, a prisão e a escola despontavam como espaços de atenção, cuidados e educação em saúde segundo Costa, citado por Alves (2004). As epidemias e os problemas sociais que se desenhavam no cenário da urbanização, contribuíram para a intervenção autoritária por parte do governo. Esta forma de interferência era justificada pela idéia de que a vida desregrada dos trabalhadores exigia uma ação que os induzisse a um modelo de comportamento de vida saudável, visando a garantia de um corpo apto à reprodução do trabalho.

Nesta mesma linha, as ações sanitárias no início do século XX, eram influenciadas pelo modelo da chamada *Policia Médica*, seguindo o modelo adotado na Alemanha de Bismarck. De acordo com Vasconcelos (2001b),

[...] partia do pressuposto de que ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança para o povo, mesmo que contrariando os interesses individuais, justificando-se assim o controle coercitivo sobre os problemas sanitários como mecanismos de assegurar a defesa pelo Estado dos interesses gerais da nação. (p. 85).

Assim, a luta contra os surtos de varíola, tuberculose, febre amarela, entre outras pestes que se desenvolviam nos grandes centros urbanos e ocasionavam transtornos para

economia agroexportadora no Brasil, justificaram as primeiras práticas institucionais de educação em saúde. As práticas destinavam-se principalmente às classes subalternas e caracterizavam-se pelo autoritarismo e pela imposição de normas. As medidas de saneamento e urbanização ligadas a estas práticas de saúde tinham claro propósito econômico, político e ideológico.

A figura de Osvaldo Cruz desponta como principal líder das ações sanitárias da época. Suas propostas se destacaram ao empregar recursos radicais, como, por exemplo, a vacinação compulsória e a vigilância sobre as atitudes dos pobres. O intuito principal era controlar as doenças que se espalhavam rapidamente entre a população.

Na descrição de Vasconcelos (2001b),

Sua ação fora precedida de uma reforma urbana, quando foram criadas leis e normas proibindo a circulação de animais na cidade, regulando a construção e consertos de prédios, proibindo que mendigos andassem pela cidade e criando um serviço de limpeza pública em que turmas de guardas sanitários percorriam as ruas da cidade, visitando obrigatoriamente todas as casas e removendo tudo no seu interior que fosse julgado prejudicial à saúde pública. Casas com condições precárias de higiene e cortiços eram desapropriadas, tendo, os moradores três dias para se mudar. A população protestava de várias formas. (p. 85).

Nessa época foram criadas as milícias paramilitares cujo objetivo era fiscalizar as casas da região pobre da cidade para verificar as condições de higiene. Deste modo, as práticas educativas eram fortemente norteadas por um discurso biologicista que reduzia a questão da saúde e doença à dimensão individual, desconsiderando as implicações socioeconômicas e as condições de vida e trabalho da população. A idéia difundida era de que os problemas de saúde decorriam da não observância das normas de higiene e que as mudanças de atitude e de comportamento individual garantiriam a solução dos problemas de saúde.

No transcorrer dos anos 20 do século XX os principais centros urbanos, a exemplo da cidade de São Paulo, passaram a desenvolver ações no setor de saúde tidas como inovadoras para a época. De acordo com o relato de Candeias (1988), o então diretor do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, também responsável pelo Serviço de Saúde Pública do Estado, propôs a reforma do Código Sanitário por considerar a política sanitária obsoleta. Esta reforma deu origem ao profissional auxiliar de nível médio, à criação da Inspeção de Educação Sanitária e dos Centros de Saúde, além da inclusão do Curso de Educação Sanitária na Faculdade de Medicina de São Paulo – FMSP. Um dos objetivos deste

projeto era garantir que através da orientação de um educador sanitário a população assimilasse os preceitos necessários de higiene individual.

No entanto, as práticas educativas tidas como inovadoras contribuíram para reforçar o caráter higienista da educação em saúde de modo que, permeadas por este discurso, permaneceram durante as primeiras décadas e ainda hoje fazem parte das mais variadas iniciativas educativas em saúde.

É somente em meados do século XX que surge a possibilidade de inserir abordagens de educação em saúde que representam formas inovadoras e contrárias ao modelo tradicional. Ou seja, práticas educativas que objetivam a superação do aspecto adaptador, sendo a Educação Popular em Saúde a principal expressão do anseio de ruptura com o modelo hegemônico de educação em saúde.

2.2 – Educação Popular em Saúde: expressão da perspectiva crítica

Quando se trata da analogia dos princípios da Educação Popular com a saúde, diversos autores (VALLA, 2000; PEDROSA; STOTZ; VASCONCELOS, 2007) sinalizam para a ação pedagógica que se realiza por meio de uma relação dialógica e horizontal, que considera as experiências de vida das pessoas, os movimentos sociais e organizações, que valoriza os saberes da população, que possui caráter revolucionário e que contribui para tornar visível aos grupos sociais sua inserção histórica, social e política.

O aspecto inovador da perspectiva crítica liga-se ao fato de propor práticas educativas transformadoras de modelos instituídos, pois que,

Quando se problematiza através da articulação entre o saber científico e o saber popular questões relativas à saúde da comunidade, (...) a educação em saúde passa a ser um instrumento de participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo de aprofundamento de intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. (VASCONCELOS apud PEDROSA, 2001, p.262-263).

Referindo-se às ações de Educação Popular em Saúde sob o aspecto dos vínculos que se constroem com classes populares Pedrosa (2001) diz tratar-se de:

Vínculos que promovem a vivência coletiva em torno de movimentos que levam aos projetos de emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade. Esse agir representa, ao mesmo tempo, estratégia, metodologia, jeito de

ser, visão de mundo, expressando-se por meio de um conjunto de práticas técnicas, políticas e ideológicas, culturais e psicanalíticas. (p. 33).

Esse mesmo autor aponta que:

[...] a Educação Popular em Saúde representa o conjunto de conceitos polissêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade. (PEDROSA, 2007, p.16).

Apresentando os princípios essenciais da Educação Popular em Saúde, Pekelman (2008) chama atenção para o exercício do diálogo que implica o ouvir e problematizar; destaca também, a questão da participação, da construção compartilhada do conhecimento, da percepção do processo saúde-doença, da valorização do cotidiano, da ampliação do campo de atuação em todas as ações dos profissionais de saúde e o incentivo à construção da autonomia dos sujeitos sociais.

Na visão de Stoz (2007, p.55), “o traço fundamental da educação popular e saúde está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares”.

Retomando a trajetória histórica da Educação Popular em Saúde, destaca-se que os seus fundamentos emergem do envolvimento de intelectuais católicos, dos movimentos populares e profissionais de saúde com a Educação Popular. A pedagogia da educação desenvolvida por Paulo Freire passa a ser uma referência para crítica ao modelo até então vigente, buscava-se uma nova concepção de educação em saúde para além do enfoque em comportamentos individuais.

Conforme relato de Vasconcelos (2006), contraditoriamente é no contexto da repressão e do cerceamento dos direitos civil e político, estabelecidos pela gestão militar, que as condições tornaram-se favoráveis ao surgimento das novas propostas de educação em saúde. As circunstâncias da época indicavam que a possibilidade de mudanças no modelo tradicional – focado no saber médico, de caráter normatizador e adaptador – tornava-se real.

A política de saúde nesse período voltava-se para os serviços privados, favorecendo o aumento de laboratórios e hospitais particulares. Não havia espaço para as práticas educativas, consideradas secundárias. O setor prioritário era a economia, pois considerado importante, tornava-se o foco em detrimento das políticas sociais. Porém, mesmo na conjuntura de repressão a população buscava formas de resistir e lutar por seus direitos. A reação dos

profissionais da época não foi indiferente às lutas sociais que se formavam, embora de modo clandestina por consequência da repressão militar. Esta aproximação contribuiu para o estabelecimento de uma cultura da relação do campo da saúde com as classes populares, estreitando o envolvimento dos profissionais com a Educação Popular. Resgatando os aspectos históricos da Educação Popular em Saúde, Vasconcelos (2004) destaca que:

Muitos profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotineiras dos serviços de saúde se engajaram nesse processo, nos subterrâneos da vida política e institucional foi-se tecendo a estrutura de novas formas de organização da vida política. Estas experiências possibilitaram (e ainda possibilitam) que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. No vazio de descaso do Estado com os problemas populares vão se configurando iniciativas de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. (VASCONCELOS, 2004, p.03).

Na valorização dos saberes, aparentemente fragmentado e pouco elaborado, educador e educando constroem juntos um novo conhecimento que perpassa pela reflexão crítica da realidade e pelo desenvolvimento de estratégias de luta em defesa dos direitos da população. Neste transcurso, a Educação Popular – cujo enfoque é a valorização do saber construído pelas classes populares – passou a representar na área da saúde um instrumento favorável à reorientação das práticas.

A concepção que orienta a nova proposta tem como base o princípio de que a sociedade se organiza em torno de um conflito central entre as duas classes fundamentais: dominadores e dominados. Na avaliação de Pelicione & Westphal (1991), a ação educativa conscientizadora objetiva que o direito à saúde dos oprimidos seja respeitado e que seja organizado como sistema a favor da população.

No conjunto dos movimentos sociais da década de 1980, época de luta pela abertura democrática, emerge no campo da saúde o movimento que representou um divisor de águas. Denominado de Movimento Sanitário⁴ buscava, sobretudo, a reforma do modelo da política vigente. O projeto ideológico norteador das propostas de Reforma Sanitária veio contribuir de forma decisiva para o fortalecimento da Educação Popular em Saúde e da reflexão crítica dos

⁴ Na análise de Pelicione & Westphal (1996, p.69) o movimento da Reforma Sanitária que ganha repercussão na década de 1970, já vinha sendo pensado pelos grupos de técnicos e profissionais que nos anos de 1950 começam a discutir os problemas do país. As autoras apontam que o Movimento representa um projeto ideológico que emerge da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela ampliação dos direitos de cidadania. “Os pressupostos teóricos metodológicos desta tendência inserem a análise da saúde nos referenciais do processo de trabalho e organização social dos serviços. Defendem a determinação social do processo saúde-doença [...]”.

profissionais sobre a saúde. Começava a ser gestada formas diferentes de se pensar a saúde, na relação com os determinantes econômicos, sociais e políticos. Tal reflexão direcionava-se para a garantia do direito do cidadão e dos condicionantes sociais que dificultam o acesso a este.

O resultado das pressões do Movimento Sanitário aliado aos movimentos populares e sindicais reverteu-se em afirmação dos direitos sociais, sendo a materialização do Sistema Único de Saúde – SUS – a maior conquista da população. Juridicamente regulamentado com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 19 de setembro de 1990 (LOS/Lei nº 8080), o SUS representou um enorme avanço da política de saúde brasileira.

Com a possibilidade de concretização das diretrizes e princípios do SUS, a referida Lei passa a orientar as formas de *promoção, proteção e recuperação da saúde*, além de estabelecer os meios para a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Reforça-se também a discussão sobre o conceito ampliado de saúde, determinada pelos fatores: biológico, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, e da compreensão dos direitos enquanto conquista social. Este conceito, elaborado a partir das reflexões suscitadas na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, exige do Estado mecanismos para a viabilização do novo modelo de saúde. Neste processo destaca-se a reorganização da Atenção Primária à Saúde que tem no modelo do Programa de Saúde da Família uma significativa mudança.

Com as mudanças na política de saúde, são constituídos novos espaços de atuação para os técnicos e intelectuais, assim como para líderes populares comprometidos com o modelo crítico da educação em saúde. Conforme afirma Vasconcelos (2006), esses sujeitos sociais inseridos nas instituições de saúde continuaram na luta, porém, agora, na expectativa da incorporação da metodologia da Educação Popular. Buscava-se, reforçar os princípios da Educação Popular no campo da saúde com vistas à implantação de novas práticas educativas.

Com base no exposto, abre-se um parêntese para argumentar que, embora as práticas educativas não se restrinjam ao âmbito da Atenção Primária à Saúde este espaço, se revela como privilegiado para Educação Popular em Saúde. É neste campo que esta perspectiva tem a possibilidade de atingir o pensamento expresso no Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde, no item que trata do tema da Democratização das Informações, no qual recomenda:

As Políticas de IEC (Informação, Educação e Comunicação) devem [...] estar voltadas para a promoção da saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

A possibilidade de troca de informações e experiências entre os profissionais das equipes de saúde e a população, conjugada à questão da proximidade destes profissionais com a realidade dos usuários, tende a contribuir para a constituição de uma prática politizada e crítica que permite a superação das formas autoritárias da educação em saúde. A esclarecedora passagem de Assis (2004) reforça a importância desta questão:

A politização da saúde implica o reconhecimento e a denúncia das desigualdades e da exclusão social gerada sob o signo de exploração do trabalho humano na sociedade capitalista. O horizonte da conquista de melhor qualidade de vida passa por um projeto de sociedade baseado em relações mais equitativas e solidárias, onde condições dignas de vida, produtoras de saúde, sejam garantidas ao conjunto da população. Questionar a opressão social e as formas diversas de autoritarismo de que se faz acompanhar nos marcos da sociedade brasileira é parte constitutiva do ato educativo, assim com a perspectiva de fortalecimento da participação popular e a articulação com os movimentos sociais de defesa da cidadania. Em lugar de representar estratégia de legitimação do poder de controle dos grupos dominantes, típica das práticas de higienista, concebe-se a educação como possibilidade de exercício crítico acerca da ordem social, através de sua problematização enquanto promotora ou não de saúde no plano coletivo. Ao mesmo tempo o espaço educativo é pensado como exercício de relações mais horizontais, afetivas, estéticas e éticas, favorecendo antecipações possíveis da humanização das relações sociais, perseguida em escala mais ampla. (p. 43).

Os avanços registrados com uma nova forma de conceber a prática educativa ainda não significaram a supressão de práticas normatizadoras, autoritárias e higienistas que historicamente perpassam as ações de saúde. O ponto de vista problematizador tende a coexistir com o que há de mais tradicional no que se refere à educação em saúde. Até os dias atuais persiste a tendência em individualizar e culpabilizar os usuários pelos seus problemas de saúde. Nas instituições públicas, muitas vezes desconsidera-se os múltiplos fatores que afetam a vida do usuário e levam ao adoecimento.

Reforça-se, assim, a importância da Educação Popular em Saúde no sentido de possibilitar que o usuário torne-se sujeito do seu processo de saúde-doença-cuidado. Além disso, as ações de saúde norteadas pelos dos princípios da Educação Popular contribui para a

participação da população nas decisões políticas, que dizem respeito à condição de vida das pessoas. O argumento reforçado por Valla, citado por Oliveira (2003) é de que a população organizada e participativa exerça uma pressão maior sobre os governos a fim de que sejam revistos os gastos públicos em torno das carências que se refletem na saúde.

O aspecto político da educação, traço essencial na perspectiva crítica, contribui para o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas. Neste sentido, a Educação Popular em Saúde firma-se como o referencial teórico-conceitual que, fundamentado na práxis, valoriza as potencialidades humanas e constitui-se como estratégia para a constituição das bases de transformação da realidade. Parte-se do pressuposto de que a prática educativa é importante na garantia do direito à saúde, desde que ultrapasse os aspectos formais e avance por caminhos que possibilitam a acessibilidade da população aos bens imprescindíveis à proteção da vida e à saúde.

No entanto, os desafios para a efetivação da perspectiva crítica estão postos no tange a mediação dos profissionais com as classes populares, principalmente ao que se refere às questões técnicas. De acordo com Albuquerque & Stotz (2004), há um entendimento de que o profissional de saúde não precisa ‘aprender’ a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a realização da prática. A consequência deste entendimento se reflete na desvalorização das experiências de vida dos usuários e as atividades educativas limitam-se à simples transmissão de normas e conhecimentos técnicos sobre doenças e cuidados considerados adequados para a saúde.

Na avaliação de Vasconcelos (2001), muitas coisas já mudaram desde o início do movimento que consolidou a Educação Popular em Saúde no Brasil. O autor aponta que as práticas pautadas nesta concepção não se reduzem mais ao modelo da década de 1970, quando os técnicos envolvidos nas periferias buscavam subsídios teóricos para apoiarem as lideranças nos debates e nas lutas. Com a democratização, conforme já sinalizado, além da criação de espaços de participação popular nas instituições, muitos profissionais advindos dos movimentos sociais passaram a ocupar cargos nos órgãos de gestão da política de saúde, favorecendo a aplicação de métodos pautados na metodologia da Educação Popular.

Na avaliação de Vasconcelos (2001)

[...] grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado e, de outro lado, a dimensão dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular. Isto é feito a partir de uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo, cada vez mais, sua diversidade e heterogeneidade. (p.16).

Segundo Vasconcelos (2001), ainda que a Educação Popular não seja o único projeto pedagógico que valoriza a distinção dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes sujeitos sociais, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e científico, representa no contexto brasileiro um movimento marcante dos profissionais de saúde. O desejo que permanece é o de mudanças no campo da saúde, em especial na relação dos serviços com a população usuária. Para isto exige-se esforço coletivo e o envolvimento dos diferentes setores e sujeitos sociais.

Até pouco tempo, no âmbito da gestão federal de saúde, quase nada vinha sendo feito para promover as mudanças no aspecto da educação em saúde. Segundo Vasconcelos, (2007):

No vazio de uma atuação do Ministério, no incentivo de ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário de educação em saúde mantém-se dominante, apesar de muitas vezes ser anunciado com discursos aparentemente progressistas. A maioria das coordenações de educação, comunicação e promoção de saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, em vez de investir na reorientação da relação cultural, têm se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa e desenvolvimento de ações educativas desconectadas da rotina da rede assistencial. Está mais a serviço do marketing da instituição e de suas lideranças políticas. (p. 27).

No entanto, as propostas para mudanças desse quadro vêm sendo gestadas desde o início da década de 1990 com a criação, no Rio de Janeiro, da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde. De acordo com Barone (2006), o intuito naquele momento era o de viabilizar novos espaços de divulgação e reflexão de experiências; criar infra-estrutura institucional de suporte à Articulação; lutar pela participação popular no SUS; aprofundar caminhos metodológicos; e contribuir para a formação de recursos humanos do SUS. No final da mesma década, no ano de 1998, foi criada a Rede de Educação Popular e Saúde – REDEPOPSAÚDE⁵ – representando a continuidade da Articulação anterior. Com a ferramenta da internet e por meio da lista de discussão⁶, a Rede propicia a articulação de

⁵ Para conhecer mais sobre a trajetória história da Educação Popular em Saúde, da REDEPOPSAÚDE e ANEPS acessar www.edepopsaude.net ou consultar, especialmente, as produções de Eymard Mourão Vasconcelos (2001; 2006; 2007) e Victor Vicent Valla (1994, 2000; 2006) entre outros.

⁶ A Lista da Rede de Educação Popular em Saúde integra intelectuais, profissionais e técnicos voltados a ações e reflexões no campo da Educação Popular em Saúde no Brasil. “[...] é, por definição, difusa e diversa, sendo seu principal objetivo a divulgação e troca de experiências, e o apoio às iniciativas dos sujeitos e grupos participantes. Nela participam pessoas com inserções diversas, desde medicinas complementares, educação ecológica, até militantes políticos de atuação local ou nacional que se identificam com as idéias da Educação Popular em Saúde. Paulo Freire, Rodrigues Brandão, Eymard Vasconcelos, Victor Valla e Eduardo Stotz, dentre outros, são as principais referências”. (www.edpopsaude.net).

profissionais de saúde, lideranças e estudiosos da área, contribuindo para expandir e consolidar a proposta da Educação Popular.

A organização desse movimento propiciou também a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS, em 15 de julho de 2003. Segundo Barone (2006), a iniciativa partiu de diferentes organizações nacionais, como a própria REDEPOSAÚDE, o Movimento dos Sem Terra – MST, a Direção Nacional de Estudantes de Medicina – DENEM, o Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase – MORHAN, Saúde e Alegria/Grupo de Trabalho da Amazônia, o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais – MMTR - Brasil, além da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Assim, a ANEPS, mais forte e organizada, pode viabilizar encontros estaduais e municipais com o objetivo de fomentar e dar mais visibilidade às experiências e reivindicações que possam contribuir para a referência na política nacional de educação popular e saúde.

Outra iniciativa importante do movimento foi a criação, no ano de 2005, da Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP, que promove a integração entre o espaço universitário e os movimentos sociais. É composta por professores, estudantes, técnicos e participantes de movimentos populares, envolvidos em projetos de extensão norteados pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular. A ANEPOP é uma entidade aberta que tem o objetivo de promover espaços de estudos, discussão e troca de experiências.

Como desdobramentos desse movimento, a Educação Popular passa a ter lugar no Ministério da Saúde ainda no primeiro mandato de Luis Inácio Lula da Silva (2003-2006). Com o objetivo de reorganizar as ações de educação em saúde criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES. No ano de 2005, o Ministério passa por mudanças e é criada a Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social, que na estrutura organizativa faz parte do Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP, que compõe a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE.

No ano de 2007, a SGEPE lança o primeiro Caderno de Educação Popular e Saúde, representando a incorporação da estratégia política e metodológica da Educação Popular pelo Ministério da Saúde. Sobre esta questão, Pedrosa (2007) sinaliza que:

Ao promover espaço institucional para as ações de Educação Popular e mobilização social, o Ministério assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle

social. E, neste sentido a Educação Popular em Saúde localizada na SGTES e atualmente na SGEP, representa o lugar, na estrutura do Ministério da Saúde, que atua em estreita comunicação e diálogo com os movimentos sociais que produzem ações e práticas populares de saúde; com as iniciativas dos serviços e dos movimentos que resgatam e recriam a cultura popular e afirmam suas identidades étnicas, raciais, de gênero; apoiando espaços públicos onde se realiza o encontro entre o Governo e a sociedade civil qualificando o controle social e ampliando a gestão participativa no SUS. (p.15).

Na visão de Vasconcelos (2007)

[...] a Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação e que, dinamizada passa a questionar e reorientar tudo. (p.24).

Ao longo dos anos a Educação Popular em Saúde – EPS vem fortalecendo e hoje representa uma estratégia na política nacional de saúde. A instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CONEPS, através portaria nº 1.256/GM de 17 de julho de 2009 (anexo), representa a importância da EPS na luta por mudanças nas práticas de saúde. Dos objetivos da CNPES destaca-se o compromisso dos representantes, em participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da saúde voltadas para a incorporação da EPS como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde.

Espera-se, portanto, que com incentivo à participação popular e à promoção de autonomia, a EPS possa de fato contribuir para a reorganização do SUS no sentido de avançar para a construção de uma atenção à saúde mais integral, além de, colaborar para superação de práticas educativas biomédicas voltadas para o mero repasse de normas e condutas.

É necessário reforçar a compreensão de que educar é um ato dialético que implica a relação entre educador e educando num processo de ensino e aprendizagem. Portanto, a relação entre o profissional e usuário deve ser pautada no diálogo, no respeito e na valorização do conhecimento de cada um. Desta forma, é na relação dialógica que se apreendem as reais necessidades de saúde do usuário, sua visão de mundo, as relações de trabalho e familiares, bem como sua inserção social.

Os diferentes espaços de abordagem como: visita domiciliar, atendimento individual, sala de espera, acolhimento, grupos e outros, devem constituir-se como instâncias de apoio às necessidades dos sujeitos para além da transmissão mecânica de informações focadas em mudanças de hábitos e comportamentos. No entendimento de Vasconcellos (2007), não basta

que os conteúdos sejam revolucionários, mas que o processo de discussão não se coloque de cima para baixo. O autor reforça que:

A Educação Popular é um saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa de ação social. É também o jeito brasileiro de fazer promoção da saúde. É importante que deixe de ser uma prática social que acontece de forma pontual no sistema de saúde, por meio da luta heróica de alguns profissionais de saúde e de movimentos sociais, para ser generalizado amplamente nos diversos serviços de saúde, em cada recanto da nação. Uma das estratégias para isto é apoiar iniciativas de formação profissional que busquem reorientar as atitudes dos trabalhadores de saúde na relação com a população. (Idem, 2004, p. 11).

2.2.1 – Espaços de Realização da Educação Popular em Saúde

As práticas educativas em saúde concretizam-se por meio de diferentes formas, sejam elas individuais ou coletivas. Toda aproximação do profissional com o usuário pode resultar em processo educativo, mas as atividades denominadas como coletivas ou trabalho com grupos vem se constituindo como espaços privilegiados para a realização da educação em saúde.

Por outro lado, de acordo com a história da educação em saúde, conforme apresentado anteriormente, as práticas desenvolvidas com grupos tendem a aproximarem, no dizer de Paulo Freire, mais da concepção *bancária* da educação. Muitos profissionais de saúde no papel de educador não estão se comunicando com os usuários e sim *fazem comunicados* esperando que memorizem e pratiquem as orientações. Em geral, nestes espaços incentiva-se a mudança de comportamento através de orientações e informações técnicas. Esta é uma característica que se liga ao papel que tradicionalmente o setor da saúde assumiu na intenção de minimizar os problemas de saúde da população.

Conforme Stotz (2007), a educação em saúde destinada a desempenhar o papel de controle social dos doentes e da população de risco, inclui diferentes técnicas que possam assegurar:

[...] a adesão às terapêuticas, a lidar com o abandono do tratamento, com a ‘negociação’ da prescrição médica pelos pacientes, [...] e outras orientadas para prevenção de comportamentos ‘de risco’, a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene e o sedentarismo e a falta de exercício físico. (p. 50).

O autor continua essa reflexão destacando que:

As condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos e atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. Aplica-se simplesmente a norma: você tem isso deve fazer aquilo. A solução consiste em seguir a norma, no caso, consumir medicamentos, cumprir prescrições (p.50).

Porém, considerando o ponto de vista crítico, observa-se que são inúmeras as possibilidades de aprendizagem em grupos, pois as pessoas têm a oportunidade de perceber formas diferentes de lidar com a mesma situação, de trocar experiências, elaborar conhecimento e, sobretudo, organizar coletivamente suas reivindicações.

Hoje, a utilização das técnicas de intervenção com pequenos grupos são mais frequentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde, ambiente característico da organização de equipes de saúde no qual predomina também a multidisciplinaridade. Nas Unidades de Saúde da Família – UBS's – as atividades coletivas fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que empregam este instrumento para organizar os usuários, caracterizando-os como: grupo de doentes crônicos; grupos preventivos, cujo objetivo é discutir condutas e hábitos alimentares; grupos de sala de espera; entre outros. Entretanto, esta é uma atividade que precisa de constante acompanhamento e avaliação, sobretudo porque geralmente os grupos são formalizados a partir de estruturas burocráticas e rígidas, impossibilitando maior interação entre usuários e equipe.

É necessário sinalizar, além disso, que ainda que se registrem resultados satisfatórios no que se refere à saúde dos participantes dos grupos, na maioria das vezes não há preocupação com a percepção que cada um tem sobre seu corpo, seu estado de saúde e suas formas de vida, carecendo, portanto, de reflexão acerca de como isto tem repercutido na vida dos usuários para evitar que o grupo seja apenas um espaço de discursos cujos conteúdos não correspondem com a realidade dos usuários.

Do mesmo modo o uso restrito desse recurso, relacionado às campanhas de controle de doenças e de ensino de hábitos saudáveis, parte tanto da desvalorização das atividades em grupo, como do despreparo do profissional em lidar com este tipo de intervenção. Além disto, existe a falta de apoio, quando é cobrado do profissional produtividade em consulta ou em atendimento individual, ou mesmo quando ocorre a escassez de recursos materiais. Uma das consequências de situações como esta pode ser a responsabilização individual, neste caso do

usuário, alvo das informações no cuidado com a saúde, geralmente reforçando a ideologia da culpabilização.

Contudo, considerar e valorizar o espaço coletivo como campo de reflexão e luta por melhores condições de vida e saúde já é um exercício de muitos profissionais, por acreditarem na potencialidade transformadora deste instrumento. São inúmeras as experiências inovadoras que vêm acontecendo no país e que tem contribuído para consolidar o trabalho educativo e construir propostas municipais voltadas para o aspecto crítico de educação em saúde. Referindo-se a algumas destas experiências, Albuquerque & Stotz (2004) chamam atenção para práticas educativas pautadas na Educação Popular em Saúde em diferentes regiões do país, destacando: as oficinas de arte; as brinquedotecas; os grupos de teatro de bonecos e de teatro de rua, de música, de dança, de capoeira; grupos de automassagem; e a Rádio Comunitária; como meios de articular as organizações sociais. Os autores apresentam ainda, como as experiências com a Educação Popular contribuíram para a constituição da diretriz política da gestão da Secretaria de Saúde do Recife/PE, mostrando que é possível envolver diferentes sujeitos sociais na luta por mudanças no modelo tradicional de se atuar nos serviços de saúde.

Outro exemplo interessante também vindo do nordeste do país, é o projeto *Cirandas da Vida* da Secretaria Municipal de Fortaleza/CE, que ao misturar a arte, a Educação Popular e a saúde, se revela inovador. O objetivo do projeto é estimular a participação das pessoas através da arte fortalecendo os espaços de reivindicações.

Destaca-se também pela valorização do espaço coletivo, a iniciativa da equipe de saúde de Porto Alegre/RS que, no ano de 2000, organizou um grupo de mulheres para que, em conjunto com a equipe, pudessem contribuir na elaboração do material educativo para prevenção das DST's/AIDS. Falando sobre o que isto representa, Diercks & Pekeman (2007, p. 78) definem que:

Significa tentar compreender o que as pessoas estão pensando e/ou fazendo; captar qual é a visão que as pessoas tem sobre determinado problema; entender como elas vivenciam o problema que está sendo discutido; perceber se elas entendem seu problema como individual ou como de uma coletividade; apreende que é a 'bagagem cultural', das pessoas seu significado subjetivo e, principalmente como elas interpretam seus problemas. (p.78).

Diante da potencialidade das atividades em grupo, reforça-se a necessidade das equipes de saúde compreender melhor os fundamentos desta estratégia, no sentido de utilizá-la a favor dos interesses dos usuários. Para isto, é importante compreender que se trata de uma

prática que envolve diferentes sujeitos sociais e que é atravessada também por diferentes concepções e desejos. Assim, é fundamental desmistificar esse espaço e valorizá-lo cada vez mais.

Os princípios da Educação Popular em Saúde tornam-se, portanto, basilares na transformação destes espaços, especialmente pelo caráter político-pedagógico que favorece o diálogo e a relação humanizada entre o profissional e a população. Contribui para revelar os aspectos culturais, sociais e subjetivos que envolvem o processo saúde e doença, bem como a realidade e as diferentes representações do corpo e das emoções das pessoas. Assim, tornando-o um espaço de decisões coletivas e de luta para romper com estruturas do modelo biomédico da saúde.

Quando se pensa em grupo a primeira definição que vem à mente é de que se trata de número de pessoas reunidas em torno de um objetivo. Porém, esta é uma interpretação simplificada que não revela o seu significado social. Para compreendê-lo melhor é necessário aprofundar nos conceitos e interpretações já construídos. A intenção não é a de esgotar a discussão epistemológica, mas sinalizar concepções que fornecem as principais noções acerca da categoria e, conseqüentemente, apresentar as contribuições do grupo no campo da saúde.

O conceito de grupo pode ser encontrado em diferentes correntes teóricas, no interior da sociologia, das ciências políticas, da pedagogia, da antropologia e da filosofia. Não há uma única compreensão, nem mesmo no interior desses campos, pois este termo pode, em distintos aportes teóricos, denotar sentidos diversos. Contudo, quando se trata dos estudos sobre o trabalho com pequenos grupos é nas disciplinas da psicossociologia e psicologia social que se encontram, fundamentalmente, a maioria destas elaborações.

Na primeira metade do século XX, as concepções teóricas de Kurt Lewin acerca da questão da Dinâmica de Grupo tornaram-se uma das principais bases conceituais nos estudos sobre as práticas grupais. De acordo com Lane (1988), o princípio lewiniano foca-se na análise da topologia e no sistema de forças representadas nos grupos. Buscava-se com esta análise apreender a “[...] dinâmica que ocorre quando as pessoas estabelecem uma interdependência seja em relação a uma tarefa proposta (sócio-grupo), seja em relação aos próprios membros em termos de atração, afeição etc. (psico-grupo)” (p.78).

Conforme a autora, a perspectiva de grupo contida nessa concepção voltava-se para a reprodução de valores ligados ao individualismo, à harmonia e à manutenção da ordem. Representava espaço primordial para a definição de papéis e identidade social dos indivíduos para garantir a produtividade social. Deste modo, “[...] o grupo é visto como a-histórico numa sociedade também a-histórica. A única perspectiva histórica se refere, no máximo, à história

da aprendizagem de cada indivíduo com os outros que constituem o grupo” (LANE, 1988, p. 79).

Esse entendimento sobre grupos, nega em certa medida, as contradições inerentes à organização social capitalista, sobretudo, porque tem como horizonte a adaptação do indivíduo à sociedade. Ao apresentar esta discussão, Kurt Lewin trata da reeducação como forma de mudar a conduta do indivíduo ou do grupo. Afirma que:

A necessidade da reeducação surge quando um indivíduo ou grupo está fora de passo em relação à sociedade em geral. Se o indivíduo se tornou alcoólatra, por exemplo, ou criminoso, o processo de reeducação tenta reconduzi-lo aos valores e à conduta que estão sintonizados com a sociedade em que vive. (LEWIN, S/DATA, p. 72).

No entanto, o aspecto crítico dessa influência surge no campo da psicossociologia francesa, especialmente, na produção de autores como Georges Lapassade. A preocupação central é a problematização de questões concernentes aos grupos e às práticas grupais. Este debate ganha força, fundamentalmente, por meio da intervenção da Análise Institucional – AI – que tem como cerne a crítica às instituições burguesas hierarquizadas e burocráticas.

Como eminente representante da Análise Institucional, Georges Lapassade, desde a década de 1950, dedicava-se aos estudos sobre experiências da vida social. Em suas formulações escrevera sobre as experiências no âmbito de grupos como a família, a classe, os amigos, além de questões relacionadas às equipes de empresas e grupos sindicais. Suas elaborações já apontavam para a dimensão dialética dos grupos. Na sua concepção o “[...] grupo é constituído por um conjunto de pessoas em relação umas com as outras que se uniram por diversas razões: a vida familiar, uma atividade cultural ou profissional, política ou esportiva, a amizade ou a religião [...] (1983, p. 65)”.

No ponto de vista do autor o grupo é uma totalização em constante processo e inacabado. Ressalta, portanto, que “[...] a dialética dos grupos, das organizações e das instituições ensina-nos a evitar o uso dos conceitos de acabamento e de maturidade da análise dos processos e das organizações sociais (LAPASSADE, 1983, p. 256)”.

Esse teórico também chama a atenção para as leis internas de funcionamento dos grupos e desenvolve a discussão sobre a questão da Dinâmica de Grupo. O autor esclarece que este termo cunhado por Kurt Lewin, para designar experiências com grupos artificiais e definir o trabalho dos técnicos que saíram dos laboratórios para se ocuparem da “solução dos

conflitos sociais”, tomado num sentido mais amplo e mais popular, refere-se a todas as técnicas de grupo que constituem os meios de aplicação obtidos.

Esse é um ponto extremamente importante, principalmente porque elucida a questão do uso, muitas vezes inadequado do termo Dinâmica de Grupo. A todo o momento depara-se com o uso desta expressão na referência às técnicas, aos jogos e às brincadeiras utilizadas para incentivar, motivar, descontraír e discutir temas nos mais variados tipos de reuniões, encontros e trabalho com grupos.

Entretanto, de acordo com os escritos de Eiras (2006), apesar de inserir a perspectiva analítica e questionar as formas de utilização da Dinâmica de Grupo Lapassade continuou empregando alguns dos seus recursos. Apesar disto, importa sinalizar que no prólogo da segunda edição do livro *Grupo, Organizações e Instituições*, subtraem-se sinais importantes de sua contribuição, ao propor a Análise Institucional com o intuito de problematizar nos grupos a dimensão institucional, ou nos seus dizeres, a dimensão oculta.

Por conseguinte, Lapassade ao propor o método da Análise Institucional traz para discussão a dimensão histórica e social dos grupos que se revela na seguinte passagem:

É preciso dizer ao contrário de Kurt Lewin, que a análise de campo do grupo implica a análise do campo social em seu conjunto – que a análise de grupo só é verdadeira desde que se fundamente na análise institucional. Na base da sociedade, as relações humanas são regidas por instituições: sob superfície das relações humanas (e desumanas) há as relações de produção, de domínio, de exploração [...]. (Idem, 1983, p.14)

Conforme já anunciado, os conhecimentos de Kurt Lewin influenciaram muitos estudiosos, dentre os quais também se destaca Enrique Pichon-Rivière que, nos anos de 1950, elaborou as teorias e técnicas dos Grupos Operativos. Suas formulações também encontram base na perspectiva histórica e dialética.

As elaborações teóricas de Pichon-Rivière, autor francês que viveu na Argentina e tornou-se referência no Brasil, ancoram-se na sua experiência como médico-psiquiatra e docente. Na sua trajetória como estudioso das práticas grupais também foi motivado pela inserção no movimento antipsiquiátrico da Argentina e no Movimento Institucionalista e Grupalista. Conforme Eiras (2006), sua crítica à psicanálise contribuiu para proposta de uma psicologia social engajada politicamente.

Ao definir o Grupo Operativo, o autor enfatiza que é: “Um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua

representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p. 234)”.
Neste sentido,

Os grupos podem ser verticais, horizontais, homogêneos ou heterogêneos, primários e secundários, porém em todos se observa uma diferenciação progressiva (heterogeneidade adquirida) à medida que aumenta a homogeneidade na tarefa. Quando se trata de um grupo terapêutico, a tarefa é resolver o denominador comum da ansiedade do grupo, que adquire em cada membro características particulares. Se for um grupo de aprendizagem de psiquiatria, por exemplo, a tarefa consiste na resolução das ansiedades ligadas à aprendizagem dessa disciplina e na facilitação para assimilar uma informação operativa em cada caso. Em geral diríamos o mesmo de grupos industriais, de grupos cuja tarefa é a compreensão da arte, de equipes esportivas (como uma equipe de futebol, etc.). (PICHON-RIVIÈRE 1998, P. 132).

Na compreensão de Pichon-Rivière, os princípios organizadores de um grupo operativo são o *Vínculo e a Tarefa*. Centrado na tarefa o Grupo Operativo tem como finalidade a aprendizagem, ou seja, aprender a refletir sobre a resolução das dificuldades manifestadas no âmbito do grupo, e não somente no de cada um de seus participantes. Já a definição do vínculo adotada pelo autor refere-se a uma estrutura complexa que abarca sujeito e objeto em constante interação dialética. Deste modo, o Grupo Operativo apresenta uma característica de transformação individual e social.

Quando aborda as questões referentes ao Grupo Operativo, Eiras (2006) sinaliza para dois importantes aspectos. O primeiro diz respeito ao fato de que o Grupo Operativo pode ser reduzido a uma técnica descaracterizada de seu conteúdo sócio-histórico emergente. O outro aspecto é o uso deste instrumento nas indústrias e empresas com o objetivo exclusivo de facilitar o consenso e a comunicação em torno dos interesses burgueses.

Na elaboração de Lane (1988), há também um destaque importante da análise de F. Calderón e G. C. C. De Govia sobre os Grupos Operativos. Na concepção destes autores um grupo é uma relação significativa entre duas ou mais pessoas que se processa através de ações encadeadas. Esta interação ocorre em função de necessidades materiais ou psicológicas e visa produção de suas satisfações. Eles definem as tipologias dos grupos, considerando que estão em constante transformação e que mudam de estágio ao alcançarem à satisfação de suas necessidades. As sequências dos estágios são:

- *Grupo Aglutinado*: a característica principal deste grupo é a intervenção de um líder que propõe as ações conjuntas. Os membros esperam soluções deste líder.

- *Grupo Possessivo*: neste tipo o líder se torna um coordenador de funções e as tarefas exigem a participação de todos, fazendo com que o grupo alcance uma maior interação e conhecimentos mútuos.
- *Grupo Coesivo*: as características deste grupo revelam-se na aceitação mútua dos membros, na conservação do líder como coordenador e, principalmente, na busca pela manutenção e a segurança do grupo. O grupo tende a fechar-se para a entrada de outros membros.
- *Grupo Independente*: tem como características a liderança amplamente distribuída, o acúmulo de experiências e aprendizagens, o aumento de recursos materiais e de metas fundamentais alcançadas. Neste tipo de grupo as relações de dominação são minimizadas e a coordenação tende para a auto-gestão. (p. 80-81).

Essa distribuição de tipos de grupos não pode ser analisada como tipos fechados em si, uma vez que, de acordo com os próprios autores, eles se misturam e englobam aspectos uns dos outros dialeticamente.

Dessa forma, com base nos conceitos e perspectivas acerca de grupos, pode-se apreender que as práticas grupais, dependendo da concepção político-ideológica, teórico-metodológica e, principalmente, da sua finalidade, podem favorecer tanto a prática crítica e libertadora que impulsiona a transformação da realidade social, quanto contribuir para camuflar as contradições, mantendo a dominação e a ordem social.

Ao relatar a experiência na análise de diferentes grupos, Lane (1988) confirma a existência de relações de dominação e poder ideologizado em termos de experiência, sabedoria, títulos e mesmo dedicação, seriedade, etc. Reforça a questão ao sinalizar que:

[...] qualquer grupo exerce a função histórica de manter ou transformar as relações sociais desenvolvidas em decorrência das relações de produção, e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização como nas suas ações, reproduz ideologia, que, sem um enfoque histórico, não é captada. (p. 81-82).

Múltiplos aspectos sócio-culturais e de inter-relações, políticos e de poder, estruturais e de funcionamento das instituições, estão presentes no desenvolvimento das atividades educativas e se manifestam conforme o caráter e os objetivos do grupo. Por esta razão é importante captar a naturalização destes fenômenos a partir, principalmente, da reflexão crítica do trabalho em grupo e da realidade sócio-histórica da população.

No que tange às ações coletivas educativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas para a realização deste trabalho, tais fenômenos também não deixaram de aparecer e será objeto de análise no capítulo que tratará dos resultados obtidos com a pesquisa.

Capítulo 3 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

A finalidade deste capítulo é apresentar determinadas particularidades da realidade estudada a partir da organização da política de saúde na cidade de Juiz de Fora, visando à aproximação do cotidiano dos serviços da Atenção Primária à Saúde, especialmente da Estratégia de Saúde da Família – ESF – e a incorporação da educação em saúde. Para tanto, será traçado em linhas gerais o histórico da saúde no Município com destaque para a composição da rede de serviços e a implantação da ESF. Também serão apresentadas algumas considerações sobre as práticas educativas em saúde, orientadas pelo modelo das Linhas Guias, que faz parte da proposta de organização do sistema de saúde do Estado de Minas Gerais. Entretanto, antes de iniciar a descrição em si, faz-se relevante situar a cidade de Juiz de Fora na condição de Município em que foi realizado o presente estudo.

3.1 – Aspectos Econômicos, Sociais e Políticos de Juiz de Fora

Originária do povoado de Santo Antônio do Paraibuna e elevada à categoria de Município em 1850, Juiz de Fora cresceu às margens do Caminho Novo, criado no século XVIII – período da mineração aurífera – para ligar a região das minas ao Estado do Rio de Janeiro. No final do século XIX a abertura da estrada União e Indústria, primeira rodovia do Brasil pavimentada pelo processo de macadame, e a Construção da Ferrovia D. Pedro II serviram para dinamizar o comércio de café. Na mesma época a construção da Usina Hidrelétrica de Marmelos, a primeira da América Latina, se tornou o maior empreendimento da cidade que passou a vivenciar um período de grande desenvolvimento econômico. A energia elétrica e o transporte facilitado atraíram para Juiz de Fora investimentos em diferentes setores, como o da indústria têxtil. Neste período a cidade já se destacava na Zona da Mata Mineira como “dinâmico centro econômico, político, cultural e social”, segundo o relato de Oliveira (1994, p. 44). A chegada do telégrafo, da imprensa, dos bancos, dos bondes e o trabalho dos imigrantes italianos colaboram para que cidade se tornasse a mais importante de Minas Gerais.

Juiz de Fora, se configura como cidade de médio porte do Sudeste de Minas Gerais, tem uma extensão territorial de 1.429.875 Km² e características de relevo diversificado, com colinas e vales. Possui um clima considerado agradável, com uma temperatura média anual de 19,8°. Sua população é de aproximadamente 520.000 mil habitantes, sendo que a grande

maioria (99,17%) concentra-se na área urbana, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa – IBGE/2000. O perfil populacional tem acompanhado a tendência mundial de desaceleração das taxas de crescimento e evolução das pirâmides etárias nas faixas de maior idade. De acordo com informações extraídas do Plano Municipal de Saúde 2009 – PMS/2009, até o ano de 2000 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos somavam 10,57% da população juiz-forana. O índice de qualidade de vida na cidade é considerado bom se comparado a outras cidades do mesmo porte do Brasil. Conforme dados do IBGE (2000), a cidade de Juiz de Fora apresentou Índice de Desenvolvimento Humano – IDH igual a 0,828.

No tocante à infraestrutura, Juiz de Fora possui uma rede de serviços básicos estruturada, como: energia elétrica (CEMIG Distribuição S.A.); abastecimento de água (Companhia de Saneamento Municipal – CESAMA); limpeza urbana (Departamento Municipal de Limpeza Urbana – DEMLURB); pavimentação urbana (Empresa Municipal de Pavimentação e Urbanização – EMPAV); correios e Telégrafos (Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos); e meios de comunicação com a criação e operação de emissoras de rádios e canais de televisão, além de jornais e sites relacionados à cidade. No setor de transportes possui um aeroporto onde opera pequenos aviões de passageiros, com vôos diários para São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Já a ferrovia que corta a cidade opera para escoamento de minério, cimento e componentes siderúrgicos⁷. O transporte coletivo fica sob a responsabilidade de 06 (seis) empresas privadas. A cidade conta também com terminal rodoviário, que atende à população com o transporte diário para diversos municípios e estados do Brasil.

No que tange ao campo econômico, Juiz de Fora vem passando por mudanças significativas desde a década de 1930, período de desaceleração do setor industrial, como sinaliza Bastos (2000). Nas duas décadas iniciais do século XX esta realidade era diferente, pois houve evidente crescimento industrial e a produção de riqueza que levava o Município a se destacar no Estado de Minas Gerais. A cidade chegou a ser comparada à famosa cidade industrial inglesa Manchester, recebendo o apelido de *Manchester Mineira*. Mas, nos últimos anos da década de 1930 este setor dava os primeiros sinais de crise. Segundo Delgado (2008), ao longo das décadas foram várias iniciativas para conter o declínio econômico do Município, como a montagem de um Distrito Industrial nos anos de 1960 e a atração de empresas de grande porte como a Siderúrgica Mendes Junior – hoje AcellorMittal; a Paraibuna de Metais – hoje Votorantin – na década de 1970; e a instalação da montadora Mercedes Benz, na década

⁷ Dados extraídos do Anuário Estatístico de Juiz de Fora / 2008.

de 1990. Porém, na avaliação do autor, os resultados esperados não aconteceram e a “a cidade tem sido continuamente superada por outras localidades na geração de riqueza, ocupando hoje apenas o sétimo lugar no PIB mineiro” (Idem, p. 08). Na análise de Bastos (2000), a renda gerada pelo setor industrial apresentou um crescimento na década de 1990, mas ainda assim seu desempenho mostrou-se inferior ao do Estado de Minas Gerais, reforçando a “situação de decadência histórica do setor e a caracterização de Juiz de Fora como cidade com forte proeminência nos setores terciários de comércio e serviços” (p.12). É importante citar ainda que com vistas a incrementar a economia local foi criado na cidade um Porto Seco e um Centro de Convenções e Exposições – CONEX.

Na relação entre o mercado de trabalho e a população juiz-forana, os dados apresentados por Ferreira (2007) mostram que aproximadamente 50% da População Economicamente Ativa – PEA, encontra-se empregada, sendo a maioria, cerca de 54%, no setor do comércio; 23% no setor de serviços e 22% na indústria. Por outro lado, considerando o trabalho informal não há dados estatísticos que revelam sua magnitude. Nota-se ainda que a cidade vivencia contrastes originários também da alta concentração de renda e de pobreza. De acordo com Ferreira (2007), a evidente concentração de renda, conjugada com a perda de rendimentos do trabalho e o crescimento de transferências governamentais, como por exemplo, do Programa Bolsa Família – PBF expressam o empobrecimento relativo da população de Juiz de Fora.

Sobre a história da rede de proteção social em Juiz de Fora, a década de 1970 expressa o marco da constituição da Assistência Social, como organismo de responsabilidade do poder público a partir da criação da Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social – STBES. A STBES foi criada em 1973, na gestão do então Prefeito Itamar Augusto Cautiero Franco, antes mesmo do marco da Constituição Federal de 1988, que consolidou os direitos sociais como dever do Estado e direito do cidadão. No entanto, nos 30 anos que se passaram desde a criação da STBES, registram-se avanços e retrocessos decorrentes dos diferentes projetos políticos e partidários dos gestores municipais.

No ano de 1985 foi criada a Associação Municipal de Apoio Comunitário – AMAC, motivada pelo idealismo do voluntariado, da ação dos grupos comunitários e da participação social, para solução dos problemas sociais, conforme aponta Ferreira (2007). A AMAC é uma associação civil mantida pelo dinheiro público e que passa, na gestão municipal atual (2009-2012), por um processo de exigência de ajustamento de conduta, motivado por ação do Ministério Público Estadual que apontou irregularidades em sua composição jurídico-

administrativa, principalmente aquelas relacionadas à sua relação com o Poder Executivo Municipal.

Também no corrente ano de 2009 está sendo implantada a Secretaria de Assistência Social – SAS, bem como a continuidade da implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Dentro desta nova lógica de organização das ações de assistência social, os níveis de complexidade do sistema estão voltados para: Proteção Social Básica – PSB e Proteção Social Especial – PSE – de média e alta complexidade, com referência no território e com centralidade na família.

Referente ao setor educacional de Juiz de Fora o destaque é para o significativo número de escolas públicas e particulares, com ênfase no ensino fundamental, médio e cursos técnicos. Nesta área houve avanços evidentes nos últimos anos com relação ao terceiro grau. A Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF se expandiu passando a ofertar maior quantidade de cursos e funcionar à noite. Aumentou também os programas de pós-graduação nas modalidades *latu senso* (especializações) e *strictu senso* (mestrado e doutorado). Além disto, houve aumento das instituições particulares de ensino superior na cidade, que oferecem vários cursos dentre as várias modalidades de formação profissional hoje, estimulados pelo Ministério da Educação.

No que se refere ao Poder Legislativo, foram eleitos em 2008, 19 (dezenove) vereadores e a representatividade partidária ficou bastante diversificada: DEM (01); PDT (02); PMDB (03); PMN (01); PSDB (02); PP (02); PRB (01); PSC (02); PT (03); PTC (02).

No tocante à representação da população na esfera do controle social, Juiz de Fora conta com 23 (vinte e três) conselhos municipais⁸: Agricultura; Alimentação; Amigos do Museu; Assistência Social; Cidade de Juiz de Fora; Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEP; Criança e Adolescente; Defesa do Consumidor; Desenvolvimento Econômico; Desportos; Direitos da Mulher; Educação; Emprego e Renda; Habitação; Idoso; Juventude; Meio Ambiente; Patrimônio Cultural; Portador de Deficiência; População Negra; Saúde; Transporte; Turismo.

Em se tratando do setor da saúde, o Município é considerado pólo de serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e é grande a procura por atendimentos de outros municípios e estados. É necessário, portanto, detalhar a organização da rede pública de saúde da cidade, tendo em vista que se trata do foco deste estudo. Desta forma, os próximos itens foram reservados para o registro destas especificidades. Porém, antes de finalizar este item

⁸ Informações retiradas do site da prefeitura Municipal de Juiz de Fora/ <http://www.pjf.mg.gov.br/>

cabe descrever, em linhas gerais, os recentes acontecimentos políticos que marcaram a história do Município, visando suscitar a compreensão do leitor sobre a realidade da política de saúde.

Inicialmente é importante lembrar que, do início da década de 1980 até os dias atuais, a gestão municipal foi marcada literalmente pelo “revezamento” de 03 diferentes figuras políticas, com partidos, projetos e planos administrativos diferenciados. No ano de 1983 o eleito foi Tarcísio Delgado do Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, que voltou a ocupar o cargo por mais duas vezes (1983-88; 1997-2000; 2001-2004). No período de 1989 a 1992 o eleito foi Carlos Alberto Bejani do partido da Frente Liberal, que também voltou à Prefeitura no ano de 2005 e saiu em 2008 após renunciar ao cargo, sob suspeita de irregularidades administrativas e malversação do dinheiro público. Do ano de 1993 a 1996 o gestor municipal foi Custódio Antônio de Mattos do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, que é o atual prefeito cumprindo seu segundo mandato (2009-2012).

As eleições de 2008 tiveram significado histórico para Juiz de Fora. Depois de 25 anos de “revezamento”, a população vislumbrou a oportunidade de mudança com a candidatura da Professora Margarida Salomão do Partido dos Trabalhadores – PT. Vitoriosa no primeiro, turno a candidata perdeu a eleição por uma pequena diferença para o candidato do PSDB. Do ponto de vista político, Juiz de Fora perde mais uma vez com a retomada do “revezamento”.

Neste período a população vivenciava os reflexos e vergonha da *derrota política* da cidade, ocasionada pela prisão do então prefeito Carlos Alberto Bejani, acusado e preso pela Polícia Federal – PF – por estar envolvido junto com, prefeitos de outras cidades, advogados e juízes, com fraudes que segundo a PF podem ter gerado prejuízos de cerca de R\$ 200 milhões aos cofres públicos. O Prefeito foi preso por duas vezes até renunciar ao cargo, antecipando a decisão da cassação do mandato. Na chamada “Operação Pasárgada”, outras pessoas ligadas ao prefeito foram envolvidas, investigadas e afastadas dos cargos. Entre estes estavam vários gestores das políticas públicas do Município, inclusive a então Secretária Municipal de Saúde, Maria Aparecida Soares. Assim, a desorganização ocasionada por estes acontecimentos fragilizou ainda mais o setor de saúde no Município.

3.2 – Notas Históricas da Saúde no Contexto Municipal

Primeiramente, cumpre sinalizar que a compreensão da saúde enquanto direito de todos só ganhou importância no Brasil na segunda metade do século XX, principalmente a

partir das propostas do movimento da Reforma Sanitária e da concretização do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde aquela época as mudanças vêm refletindo na forma de organização dos serviços de saúde dos estados e municípios.

Constata-se que, para Juiz de Fora, a década de 1980 representou um marco no campo da saúde. No ano de 1983 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde – AIS⁹ e, posteriormente, assinado o convênio para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, no Estado de Minas Gerais. Com isto, criou-se no Município a possibilidade de efetivação da descentralização político - administrativa do setor saúde, e em consequência, a municipalização desta.

Os desdobramentos deste processo culminaram na elaboração do Plano Municipal de Saúde em maio de 1989, fundamentado nas diretrizes discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerando assim a perspectiva da distritalização com a proposta da divisão da cidade em regiões sanitárias. Enfatizou-se no Plano que as ações desenvolvidas deveriam basear-se na realidade local, bem como nas reais necessidades da população, reforçando a necessidade da mesma de ter acesso à informação e também aos dados relativos ao funcionamento do sistema.

Já no ano de 1990, outra importante decisão da gestão ocorreria com a promulgação da Lei Orgânica Municipal de Saúde, que entre suas normalizações citava no artigo 121, inciso III, a participação da população: “participação, em nível de decisão de entidades representativas de usuários e de profissionais de saúde, na formulação, gestão e controle da Política Municipal e das ações de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde” (JUIZ DE FORA, 1990, p. 23). No ano seguinte, com a assinatura do convênio de descentralização administrativa entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Município, deu-se o início do processo de implantação da municipalização da saúde na cidade. A Secretaria Municipal de Saúde passou a gerenciar uma rede de serviços de atenção secundária (Postos de Atendimento Médicos e Policlínicas – PAM’s), além das Unidades Básicas de Saúde – UBS’s.

Nesse período a população mobilizava-se no sentido de garantir a participação nas decisões sobre as mudanças que vinham se apresentando. Como parte deste movimento houve

⁹ As Ações Integradas de Saúde – AIS significaram na reforma do setor da saúde na década de 1980, uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência para o atendimento. De acordo com Cordeiro citado por Levcovitz (2001, p. 284) neste período “as AIS proporcionaram uma base técnica e princípios estratégicos para momentos posteriores da reforma sanitária [...]”.

a retomada das discussões do antigo Conselho Comunitário de Saúde, criado em 1988¹⁰, que resultou na proposta de formação dos Conselhos Locais de Saúde a serem definidos a partir das Unidades Básicas de Saúde e de sua área de abrangência. Esta definição permanece até os dias atuais, em relação à escolha e à eleição dos conselheiros.

A promulgação da Lei Federal 8.142/90, que regulamentou o funcionamento de Conselhos e Conferências de Saúde e criou as condições para a interferência da população nas decisões concernentes às transferências intergovernamentais de recursos financeiros, tornou legítima a participação da população na gestão do SUS. Na prática esta Lei inovou a configuração sócio-participativa ao dar suporte legal para a constituição dos conselhos locais, regionais e municipais de saúde, adotados como instâncias colegiadas de representação paritária entre representantes do governo e da sociedade civil. Estabelece, então, os meios para que os usuários, por intermédio de seus representantes, opinem sobre a aplicação dos recursos e fiscalizem as ações do Município, manifestando as reais necessidades da população.

A primeira Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano de 1991 com o tema *Municipalização é o Caminho*, marcou o processo de participação da sociedade nas decisões do setor saúde. A representatividade na época foi significativa com a presença de 38 Conselhos Locais de Saúde e mais de 70 (setenta) entidades. Entre as propostas contidas no relatório, destacava-se a da criação do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora – CMS/JF, que mais tarde concretizada com a promulgação da Lei Municipal 8076/92. Desta forma, foi consumada a implantação do Conselho Municipal, enquanto “instância máxima no planejamento, gerenciamento, avaliação e controle da política municipal de saúde” (JUIZ DE FORA, 2008).

É importante destacar que o CMS/JF, a partir do marco constitucional, foi um dos primeiros conselhos criados no Município. Isto representa o protagonismo do setor da saúde no conjunto das políticas públicas. Atualmente é composto por 54 (cinquenta e quatro) conselheiros efetivos e igual número de suplentes, representantes dos segmentos governo, prestadores, trabalhadores e usuários do SUS, este último com metade das vagas existentes no CMS/JF. O CMS/JF conta ainda com uma Secretaria Executiva e uma Ouvidoria de Saúde, criada a partir do art. 10 da Lei Municipal nº. 8.860 de 21/05/1996. O Ouvidor é eleito no

¹⁰ O Conselho Comunitário de Saúde foi criado a partir da “iniciativa do poder executivo, sendo composto por representantes dos bairros de Juiz de Fora, de sindicatos e governo (Ribeiro & Souza 2006, p.33)”. De acordo com as autoras este Conselho foi desarticulado no mesmo ano de sua criação.

plenário do CMS/JF, entre os conselheiros efetivos e, preferencialmente do segmento dos usuários, para exercer o cargo no período de dois anos.

Acompanhando as mudanças que vinham ocorrendo no país, do ponto de vista da Reforma Sanitária, o ano de 1995 teve importante significado para a cidade, época em que ocorreu a II Conferência Municipal de Saúde. De acordo com os dados do CMS/JF, neste evento pôde-se consolidar a idéia de aprofundar a municipalização da saúde a partir da inserção do Município à modalidade de Gestão Semi-Plena¹¹. Desta forma, seguindo as deliberações, o Município assumiria, através da Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços (planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares), exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual. Além destas, assumiria, também, o compromisso com a execução e controle das ações básicas de saúde como, por exemplo: nutrição e educação; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; saúde do trabalhador (JUIZ DE FORA, 2008). Na ocasião, destacou-se a necessidade de mudança do modelo assistencial de saúde visando priorizar a prevenção e buscar meios de fortalecer a atenção básica. Além disto, as propostas direcionaram-se para a utilização da epidemiologia como instrumento de planejamento e programação em saúde.

A elaboração do II Plano Municipal de Saúde, em 1997 consolidou a proposta para que no ano seguinte Juiz de Fora assumisse a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal, seguindo as diretrizes da Norma Operacional Básica – NOB/1996¹². Assim, em 1998 o sistema de saúde do Município assume a Gestão Plena, posteriormente reafirmada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002¹³. Outra modalidade incorporada pelo sistema de saúde de Juiz de Fora, segundo dados contidos no Plano Municipal de Saúde – PMS/2009 é a Gestão Plena da Assistência Farmacêutica¹⁴.

¹¹ Sobre as condições de gestão consultar: “Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com a Equidade no Acesso”. Série A. Normas Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, Brasil, 2002b.

¹² As Normas Operacionais Básicas – NOB’s constituem instrumentos de regularização da política de saúde a partir da década de 1990. Orienta o processo de descentralização das responsabilidades entre gestores federal, estadual e municipal, bem como os critérios de transferência de recursos. (LEVCOVITZ et al, 2001).

¹³ Aprovada a partir da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios”. (BRASL, 2002c).

¹⁴ A partir da Portaria GM 3.237 de 2004 foram aprovadas normas de execução e financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

É importante destacar que o Município ainda não assinou o Termo de Compromisso de Gestão referente ao Pacto pela Saúde. Conforme justificado no PMS de 2009, é preciso uma análise mais profunda da situação da saúde no Município, devido à situação apresentada nos últimos quatro anos. Durante este período a Secretaria de Saúde foi exercida por seis secretários de saúde, ocasionando uma gestão de baixa governabilidade.

O Pacto pela Saúde (2006) refere-se à portaria ministerial nº. 399/2006 que estabelece pontos prioritários de pactuação para o planejamento como: adoção das necessidades de saúde da população; integração dos instrumentos de planejamento, em cada esfera; institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS; revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento: planos, relatórios e programações; e cooperação entre as três esferas de gestão. Envolve três componentes que são: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

No presente momento, a organização da política de saúde no Município está a cargo da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental – SSSDA. Trata-se de um órgão da Administração Direta subordinada diretamente ao Chefe do Poder Executivo que “compõe, juntamente com as Secretarias de Assistência Social – SAS, e de Política Urbana – SAU, o nível de Formulação, Execução e Avaliação de Políticas Públicas e Promoção da Cidadania. É dotada de autonomia administrativa, orçamentária e financeira” (JUIZ DE FORA, 2009). São competências deste órgão:

- Definir políticas e programas relativos à área de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, estabelecendo diretrizes técnicas para execução de suas atividades, no âmbito da sua área de atuação;
- Assessorar o Prefeito em assuntos relativos à sua área de atuação;
- Articular-se com órgãos e entidades federais, estaduais e de outros municípios com vistas à melhor realização dos seus objetivos;
- Zelar pelo cumprimento das regras e princípios contidos na Lei nº 10.000, de 08 de maio de 2001;
- Atuar no controle dos procedimentos internos e favorecer o controle externo das atividades da Administração Pública Municipal, na sua esfera de competência;
- Formular e implantar a política de saúde, meio ambiente, recursos hídricos e saneamento básico do Município, de forma integrada e em consonância com as políticas estaduais e federais;

- Planejar, propor e coordenar a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS do Município;
- Planejar, propor e coordenar a gestão ambiental, integrada e articulada com os organismos que atuam na área de meio ambiente, no Município, Estado e União;
- Planejar, propor e coordenar a gestão de recursos hídricos do Município de forma integrada com a gestão ambiental e com o plano de recursos hídricos da bacia do Paraíba do Sul;
- Planejar, propor e coordenar a gestão de saneamento básico do Município, de forma integrada com as políticas de uso, ocupação e conservação do solo e meio ambiente, e de acordo com a política nacional de recursos hídricos;
- Pactuar nas Comissões Intergestoras Bipartite – CIB e Tripartite – CIT, juntamente com os gerentes, os serviços de saúde do SUS para o Município e região;
- Planejar, propor e coordenar a gestão de controle de zoonoses, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e fiscalização do Município e, de forma específica, das entidades públicas e privadas, bem como elaborar normas para estas atividades;
- Coordenar, supervisionar e avaliar as atividades da Auditoria Assistencial do SUS no Município;
- Gerir o Fundo Municipal de Saúde e prestar contas;
- Prestar suporte técnico e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Meio Ambiente;
- Estimular a formação de consórcio entre o Município de Juiz de Fora e municípios polarizados na região de saúde, para aquisição de bens, insumos e complementação de valores da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde¹⁵.

No que tange à rede de organização dos serviços de saúde, esta é regionalizada e hierarquizada, seguindo uma ordem crescente de complexidade, com porta de entrada preferencial do sistema as Unidades Básicas de Saúde, denominadas também de Unidades de

¹⁵ Dados extraídos do site da SSSDA: <http://www.sssda.pjf.mg.gov.br>

1ª linha (Centros de Saúde, na zona urbana, e os Postos de Saúde na zona rural). As Unidades de Emergência e as Unidades de *2ª linha* referem-se aos Institutos de Especialidades, que compõem a rede. Já os hospitais conveniados formam a *3ª linha* de atendimento ao sistema.

Segundo as informações do Plano Municipal de Saúde de 2009 – PMS/2009, o atendimento primário à saúde em Juiz de Fora conta hoje com: 57 (cinquenta e sete) Unidades Básicas – UB's, distribuídas em 12 (doze) Regiões Sanitárias urbanas e 01 (uma) sanitária rural. Destas UB's 42 (quarenta e duas) se localizam na área urbana da cidade e 15 na área rural, contando também com 01 (uma) unidade volante. Deste total, 34 (trinta e quatro) são Unidades de Saúde da Família incluindo as urbanas e rurais (JUIZ DE FORA, 2009). No entanto,

O diagnóstico da situação da APS no Município apresenta grandes problemas como [...] no que diz respeito à mensuração de indicadores importantes da qualidade desta atenção como as internações sensíveis de 31,5%, mortalidade infantil 14,7% por 10.0000 nascidos vivos, mortalidade materna 81,4 por 10.0000 nascidos vivos que ainda demonstram o quanto precisa ser feito para melhorar estes indicadores. Diante deste diagnóstico, faz-se urgente a utilização de estratégias que alterem esta realidade. Neste momento, portanto, como resposta a estes problemas, foi estabelecida parceria com a SES para implantar o Plano Diretor da APS, com implementação de investimentos na infraestrutura das UAPS, ampliando a estratégia de Saúde da Família, em algumas áreas apontadas no mapa de exclusão, e investindo em qualificação dos profissionais da APS. (JUIZ DE FORA, 2009, p. 71).

Com relação à atenção secundária, que abrange os atendimentos de especialidades em saúde, a cidade conta com 08 (oito) Departamentos Especializados:

- Saúde da Mulher – DSM;
- Saúde Mental – DSME;
- Saúde do Trabalhador – DSAT;
- Clínicas Especializadas – DCE;
- Saúde Bucal – DSB;
- Terapias Não Convencionais – DTNC;
- Terceira Idade – DSTI;
- Saúde da Criança e Adolescente – DSCA.

Além desses há outros 06 (seis) tipos de Serviços como:

- Órtese e Prótese;
- Fisioterapia;

- Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS;
- Controle de Hipertensão e Obesidade;
- Controle do Tabagismo;
- Atendimento aos Ostromizados.

Ligados à Saúde Mental há os 03 (três) Centros de Atendimento Psicosociais:

- CAPS Casa Viva;
- CAPS da Infância e Juventude;
- CAPS Álcool e Drogas.

Esse conjunto é composto ainda por 09 (nove) Centros Regionais de Referência em Saúde Mental – CRESAMS, o Centro de Convivência – RECRIAR, a Residência Terapêutica Masculina, a Residência Terapêutica Feminina. Outras 04 (quatro) Residências Terapêuticas se encontram em fase final de implantação (JUIZ DE FORA, 2009).

Integrando também o atendimento secundário, há 05 (cinco) Policlínicas distribuídas nas regiões Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul da cidade.

No atendimento terciário à saúde, cujas ações estão voltadas para a internação hospitalar, destacam-se duas situações: a primeira relacionada ao setor público municipal, que inclui o Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira – HPS –, o Pronto Atendimento Infantil – PAI –, o Departamento de Urgência e Emergência Norte – DUEN –, o Departamento de Urgência e Emergência Leste – DUEL –, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Ainda compõem este conjunto o Hospital João Penido (estadual), Hospital Universitário – HU (federal) e a Santa Casa de Misericórdia (filantrópico), sendo que os dois últimos são também considerados como de atenção quaternária, pois realizam transplantes renais, de medula e cirurgias cardíacas. A segunda situação corresponde ao convênio do SUS/JF com as instituições particulares e, neste caso são onze (11) hospitais conveniados. O Município possui ainda dois hospitais privados e não conveniados¹⁶.

É importante destacar que de acordo com a gestão municipal de saúde, o SUS/ Juiz de Fora tem como base o paradigma da saúde enquanto *direito de todos e dever do Estado*, adotando como princípios e diretrizes a:

¹⁶ Dados extraídos do site: www.cnes.datasus.gov.br

- **Gratuidade:** na prestação dos serviços próprios ou contratados e conveniados com o SUS;
- **Universalidade:** acesso garantido a todo cidadão em qualquer nível do sistema de saúde;
- **Equidade:** igualdade dos direitos à saúde;
- **Integralidade:** visão integral do homem e a decorrente integralidade das práticas de saúde, de tal forma que o estado de saúde dos indivíduos e da população seja considerado como resultado das condições de vida, expressas em aspectos como educação, lazer, renda, alimentação, liberdade, condições de trabalho e relação com o meio ambiente, transporte, moradia, etc. (JUIZ DE FORA, 2009).

Segundo o parecer da Secretaria Municipal de Saúde, a política de saúde deve estar pautada na “mudança do modelo assistencial, através de estratégias de atenção voltadas para a vigilância à saúde entendida como um conjunto estruturado de práticas, tendo como resultado operações de promoção, prevenção e recuperação” (JUIZ DE FORA, 2009). Além disto, é proposto o fortalecimento da articulação intersetorial e intra-setorial, a partir da organização do sistema de referência e contra-referência regional. Há uma visão de que a programação e a definição de ações devam estar próximas das realidades locais de saúde e, para tanto se considera a sociedade civil organizada e as Unidades de Saúde como referência.

3.2.1 – Estratégia de Saúde da Família

Constituídas as bases para a materialização do SUS, os serviços e ações públicas de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que é normatizada pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). É sabido, portanto, que a partir desta legislação emergem as possibilidades de organização e funcionamento dos serviços voltados para *promoção, proteção e recuperação* da saúde, com base nos princípios da *universalização, integralidade, descentralização e participação comunitária*, o que representou um grande avanço para a reorientação do modelo assistencial de saúde, por imprimir melhorias nos serviços de atenção à saúde.

No entanto, a operacionalização deste novo modelo de atenção fez surgir a necessidade de mudanças na estrutura do antigo sistema. Foram necessários mecanismos para integração dos serviços, pois a forma fragmentada de funcionamento do sistema impedia o

fluxo de acesso dos usuários a todos os níveis de atenção à saúde. Como passo inicial da mudança organizou-se o sistema nos três níveis (primário, secundário e terciário) considerando o grau de complexidade tecnológica de cada um. Desta forma, passam a fazer parte da nova estrutura: centros e postos de saúde; ambulatorios e laboratórios; hospitais, (abarcando os HU's); hemocentros; fundações; e institutos de pesquisa. Buscou-se, com isto organizar uma importante estrutura que seja capaz de promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, independente da condição financeira do cidadão.

Assim, como parte do processo de reorientação do modelo de trabalho, foi implantado em junho de 1991, pelo Governo Federal, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Este foi o primeiro programa de saúde a considerar a família, e não apenas o indivíduo, como unidade de ação programática, que se pautou também na mudança da atenção à saúde a partir da formação do vínculo dos indivíduos e famílias às Unidades Básicas. O objetivo é de resgatar a família como foco de atenção com a introdução de uma visão ativa da intervenção. Além disto, buscou-se congregar na política de saúde elementos que imprimam melhoras nos serviços e ações preventivas que visam modificar o caráter curativista centrado na figura do médico.

Os desdobramentos desse processo culminaram na formação das primeiras equipes de Saúde da Família, em janeiro de 1994, incorporando também o PACS, o que contribuiu para ampliar a atuação dos Agentes Comunitários (BRASIL, 1999). De todo modo, a partir do PSF firma-se o compromisso com os princípios da *universalidade* do acesso e a *integralidade* de assistência à saúde. O princípio da vigilância à saúde passa a ser o norte do PSF, pois prioriza as ações de *promoção, proteção e recuperação* da saúde familiar. As Unidades Básicas de Saúde passam a ser consideradas como o *locus* prioritário para a resolução de parte dos problemas de saúde da população, no sentido de diminuir o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados.

Os princípios norteadores do PSF são:

- **Integralidade e hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir;

- **Territorialização e Cadastramento da clientela:** A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas;
- **Equipe Multiprofissional:** Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de assistentes sociais, dentistas e psicólogos – poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 1999).

No movimento de implantação do PSF foram suscitadas, entre os profissionais de saúde de todo o País, inúmeras discussões acerca das particularidades do Programa. O eixo do debate apontava para que a Saúde da Família – SF se solidificasse como *estratégia* de atendimento à saúde da população, incorporada às práticas de saúde pública, independentemente da política em vigor no país. A proposta de que a SF não fosse mais um dos programas no cenário das políticas públicas de saúde, resultou em sua mudança para Estratégia de Saúde da Família – ESF¹⁷. O debate ganha força no argumento do professor Eugênio Vilaça Mendes (1996), ao defender a tese de que considerar a Saúde da Família como *estratégia* de organização da Atenção Primária trata-se de uma perspectiva para além da mera questão conceitual. O autor reforça a importância de referir-se ao PSF não como um programa, mas sim como uma *estratégia* que busca solidificar propostas de reorientação dos serviços na Atenção Primária e que avança na efetivação do princípio da *integralidade*, apontando para o desenvolvimento de ações de saúde *eficazes, eficientes e equitativas*.

Na visão de Mattos (2002), com as mudanças propostas:

O PSF deixa definitivamente de ser pensado exclusivamente no âmbito da expansão da cobertura dos serviços para ser pensado como um modo de organizar a rede básica. O que implica todo um reordenamento das unidades básicas existentes, mais do que a criação de um novo tipo de unidade. Ou melhor, tratava-se de uma proposta de reorganização das unidades (p. 85).

¹⁷ Com base nessa discussão justifica-se o emprego da expressão *Estratégia de Saúde da Família* neste texto.

Após quinze anos de implantação da ESF no País, os resultados numéricos são bastante significativos. Dados do Ministério da Saúde, no final de março de 2009, mostram que há 29.275 equipes de saúde atuando em 5.198 municípios. As equipes de saúde bucal somam 17.817 implantadas em 4.573 municípios. São ainda 227.721 Agentes Comunitários de Saúde em 5.316 municípios (BRASIL, 2009).

Durante este período, algumas iniciativas têm contribuído para o fortalecimento da ESF, como por exemplo: o Pacto pela Saúde – portaria nº. GM/ 399 de fevereiro de 2006 – que visa promover inovações no processo de gestão com pactuação de responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da Atenção à Saúde (BRASIL, 2006); aprovação da política Nacional de Atenção Básica – portaria nº 648/GM/ 28 de março de 2006 – que estabelece a “revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”;

e a proposta de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF’s¹⁸ – portaria ministerial nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, que visa ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS.

Porém, conforme sinaliza Campos (2007), as dificuldades ainda são enormes, sobretudo pela escassez dos recursos para a Atenção Primária, o que interfere na operacionalização da *integralidade* neste nível. A autora reforça que esta situação tem colocado em risco este princípio, “principalmente nos municípios que têm o foco do sistema na atenção básica, por não terem capacidade administrativa e/ou recursos adicionais para executarem os demais níveis de atenção” (p. 73).

A autora reforça que: (2007):

O entendimento do modelo que deveria ser operado nas UBS’s, que adotariam o modelo Saúde da Família, foi o da Atenção Primária à Saúde, ressaltando alguns de seus princípios, tais como: atenção integral em âmbito individual e coletivo; trabalho em equipe; adscrição da população, perfil epidemiológico e uso de tecnologias práticas cientificamente fundadas em custos compatíveis com os recursos existentes. São definidos para o modelo assistencial a ser implantado o

¹⁸ De acordo com a proposta de implantação são duas modalidades dos Núcleos: “NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família, e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal”. (BRASIL, 2009).

território e a população adscrita, no entanto, não se dá ênfase à premissa de resolutividade baseada na identificação das necessidades e problemas da população adscrita. A eficácia é respondida pela lógica da eficiência, custo/recursos existentes e não por custo/benefício. (CAMPOS, 2007, p. 118).

Retomando a trajetória da implantação da Estratégia de Saúde da Família – ESF no em Juiz de Fora, é importante ressaltar que a mesma ocorreu nos anos de 1994-1995, em consonância com a proposta nacional. Desta forma, com a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde em agosto de 1995, a ESF tem início em 08 Unidades Básicas. Na ocasião também foi inaugurada uma Unidade Móvel para atender à população de áreas da zona rural distantes das UBS's.

As áreas que receberam as primeiras equipes, foram previamente escolhidas com base nos dados retirados do processo de territorialização das UBS's, Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e Mapa da Cólera (Vigilância Epidemiológica do Município). Os critérios para a escolha das regiões pautaram-se, principalmente:

- Na situação de miserabilidade das populações;
- No risco de adoecimento e morte;
- Na necessidade de agrupamento das UBS's em uma mesma região para facilitar a mensuração do impacto das ações;
- Na construção de uma Unidade Regional para dar suporte as UBS's (CONDÉ & MACHADO, 1996, p.36).

Posteriormente, o Decreto Municipal nº. 5773 de 12 de novembro de 1996 normatizou as ações da ESF e a composição das equipes de saúde. De acordo com as informações sistematizadas por Campos (2007), o período de 1995 a 1999 representa o primeiro momento da implantação da Saúde da Família, cujo modelo é centrado no Médico de Família. No ano de 2000, um ano após o Ministério da Saúde descredenciar o Município, por não ter a formação da equipe mínima referente ao modelo nacional, registra-se o segundo momento configurado pela composição da equipe. As equipes compostas por profissionais de Enfermagem, Medicina e Serviço Social e os Agentes Comunitários de Saúde – ACS foram formadas tendo como base a concentração populacional na área de abrangência de cada UBS.

Conforme pode ser observado, as equipes de saúde em Juiz de Fora diferem da indicação do Ministério da Saúde, ao incluir o profissional de Serviço Social na sua composição. Esta situação merece destaque, uma vez que, na ocasião da implantação da ESF, o responsável pela gestão da política de saúde no Município, o então Secretário de Saúde Dr.

Luiz Eugênio Goldinho Delgado, considerou o Assistente Social como profissional apropriado para atuar neste novo modelo de atenção. A admissão deste profissional demonstra o reconhecimento do poder público sobre a relevância do Assistente Social na equipe de saúde. Além disto, evidencia a importância deste profissional para intervir nas expressões da *questão social*¹⁹ que afetam a saúde e em sua capacidade de colaborar na execução de programas e projetos que podem resgatar o usuário como sujeito de direitos. A prática do assistente social realiza-se no plano individual, coletivo ou comunitário, levando-se em consideração as representações culturais, os mitos e a vida cotidiana da população atendida.

Portanto, a inserção do Assistente Social na ESF veio reafirmar um espaço profissional historicamente consolidado no Município, pois a categoria já vinha fortalecendo a atuação no campo da saúde e junto aos setores populares, desde a década de 1970, nos antigos Centros Comunitários, hoje Unidades Básicas de Saúde (CONDÉ & MACHADO, 1996). Por considerar importante para compor a equipe mínima, o responsável pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS – da época não poupou esforços para a incorporação e capacitação dos profissionais. Assim, o gestor, com a preocupação de garantir aos Assistentes Sociais um espaço de atualização de conhecimentos e de qualificação técnica para atuar na ESF, firmou parceria com a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora – FSS/UFJF – para a realização de um curso de especialização (FSS/UFJF, 1995a). Em março de 1995, iniciou-se na FSS/UFJF o primeiro Curso de Especialização em Serviço Social Aplicado à Área da Saúde direcionado aos Assistentes Sociais em exercício profissional na SMS e na UFJF que iriam contribuir para a implantação da ESF (FSS/UFJF, 1995b).

A capacitação dos demais profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) foi realizada com o apoio da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Os de nível médio contaram com os cursos de capacitação realizados pela própria Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (ALVES et al, 2000, p. 38). Destaca-se assim, a importância desse processo de capacitação profissional e o pioneirismo de Juiz de Fora com esta iniciativa. Apesar disto, observa-se que as capacitações ocorreram por categorias e em diferentes momentos.

A falta de sincronia na capacitação dos profissionais foi um fator agravante no processo e implantação do PSF iniciado em agosto de 1995, quando somente havia se formado a primeira turma de médicos de Família, e os enfermeiros e assistentes sociais ainda se encontravam em curso, com presença apenas periódica nas UBS. (CONDÉ & MACHADO 1996, p. 41).

¹⁹ A compreensão acerca da *questão social* pauta-se na concepção de Marilda Villela Iamamoto. A autora destaca que a “questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado”. (IAMAMOTO, 2001a, p.16).

Essa lacuna, potencializada pela falta de sincronia no processo de capacitação dos profissionais, refletiu de forma desfavorável na primeira fase da implantação da ESF. Este importante momento de conhecimento, divulgação, articulação com a população e realização do diagnóstico de saúde do território precisava de uma maior coesão das equipes. A situação já sinalizava desafios, pois é justamente no momento da estruturação das equipes que se estabelecem condições adequadas para traçar metas de atuação e para planejar ações.

Ainda com referência às capacitações, importa sinalizar que de 1998 até 2003, para continuidade da preparação das equipes de Saúde da Família do sudeste mineiro, contou-se com o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente com sede no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – NATES/UFJF:

Através do Pólo, a oferta de capacitações tornou-se mais sistematizadas, o curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família foi ministrado para todas as equipes no momento inicial de implantação, além da oferta de outras modalidades de capacitações prioritárias para as equipes, como: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), capacitação em áreas de ciclo de vida, seminários de atualização, em Atenção primária à Saúde, oficinas de Educação em Saúde, especialização em residência em Saúde da Família. (CAMPOS, 2007, p. 125).

Com a proposta do Ministério da Saúde, o Pólo de Capacitação foi substituído pelo Pólo de Educação Permanente que atualmente continua realizando a especialização e a Residência Multiprofissional em Saúde da família, com a parceria das Faculdades de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Serviço Social e o NATES/UFJF. Segundo Farah (2006), o Pólo de Juiz de Fora abrangia as regiões Sul e Sudeste de Minas Gerais e dele faziam parte várias instituições: a própria UFJF; Faculdades de Medicina e Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão e Pró-Reitoria de Graduação; Secretarias Municipais de Saúde com PSF. Além, das Faculdades do Sul de Minas como: Faculdade de Enfermagem de Alfenas; Faculdade de Enfermagem de Passos; e Faculdades de Enfermagem e Medicina de Itajubá. Na área de abrangência das Diretorias Regionais de Saúde – DRS/SES/MG as cidades: Juiz de Fora; Ubá; Manhumirim, Leopoldina, Ponte Nova, São João Del Rei, Barbacena Alfenas, Passos, Pouso Alegre, Varginha. Ainda de acordo com Farah (2006), as linhas de trabalho estavam voltadas para temas estratégicos de Saúde da Família, para as capacitações de recursos humanos para o PSF, além de formação e atividades de Educação Permanente²⁰.

²⁰ Na visão de Farah (2006, p. 65) a “Educação Permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na

A implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família ocorreu no ano de 2002 a partir da parceria entre a SSSDA/JF, Conselhos locais e municipal de Saúde, Prefeitura de Juiz de Fora, Hospital Universitário, e as Faculdades de Enfermagem, Medicina e Serviço Social e o NATES pela UFJF. Foram selecionadas três UBS's (Parque Guarani, Progresso, e Santa Rita) que receberam o total de 07 (sete) equipes de residentes, tendo ao mesmo tempo a presença de R1 e R2 (residentes do 1º ano e de 2º ano, respectivamente). Estas equipes contam também, até o presente, com os preceptores acadêmicos e os de serviço, um para cada categoria (Enfermagem, Medicina e Serviço Social). O conjunto de preceptores acadêmicos fica responsável pelo acompanhamento dos residentes das três UBS's e os preceptores de serviço por cada UBS. Para coordenar a Residência há um colegiado formado por um coordenador geral, os preceptores acadêmicos e de serviço, representantes da SSSDA/JF e das categorias profissionais dos residentes.

Diferentes sujeitos sociais do Município envolvidos com a ESF na fase inicial de implantação empenhavam-se nas capacitações e na luta pelo fortalecimento desta nova proposta. Buscava-se a realização de ações humanizadas, bem como a articulação dos serviços públicos de saúde.

Embora marcada por equívocos, a implantação da ESF em Juiz de Fora teve um significado histórico, por ser no momento de sua criação o mais importante compromisso sanitário já registrado em Juiz de Fora. A partir dos pressupostos básicos definidos no Projeto de implantação do PSF, se pode ter uma idéia dos objetivos do processo de reestruturação do sistema básico de saúde municipal:

- A reorganização da atenção à saúde junto à população adscrita, prevenindo e identificando fatores de risco; promovendo a atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nos níveis domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, cristalizando assim o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- A racionalização do acesso do fluxo interno do sistema de saúde (em todos os níveis de complexidade), privilegiando o PSF como porta de entrada do sistema, promovendo a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;

- A democratização do acesso à informação junto à população envolvida, divulgando informações sobre fatores determinantes de doença e dados produzidos pelo serviço, trabalhando de modo integrado com a comunidade e demais, Secretarias e Autarquias Municipais na resolução dos problemas; estimulando participação das organizações populares tanto no planejamento das ações e resolução das questões prioritárias para a saúde da comunidade como na avaliação do serviço, para efetivo exercício do controle social;
- A abordagem multidisciplinar dos problemas sanitários prevalentes. (JUIZ DE FORA, 1999).

No ano de 2003, o Município foi incluído no Programa de Expansão de Saúde da Família – PROESF²¹ – do Ministério da Saúde. A primeira fase ocorreu no período de 2003 a 2004, com 26 novas equipes implantadas. A segunda fase, de 2005 a 2006 com mais 17 equipes em nove diferentes UBS e, a terceira fase de 2007 a 2008 com a proposta de implantação de 21 equipes. A meta do PROESF é implantar cento e 113 (treze) equipes, para alcançar a cobertura de 80,6% da população, além de 10 (dez) equipes de Saúde Bucal, situação que até a conclusão desta dissertação ainda não foi atingida.

A propósito da implantação do NASF no Município, cabe destacar que foi elaborado o projeto e que este se encontra em negociação. Na proposta, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família terá sede em 04 (quatro) bairros: Santa Cruz, Jóquei Clube II, Milho Branco e Furtado de Menezes, ou seja, 03 (três) serão na região Norte da cidade e 01 (um) da Sudeste e, irão abranger 38,5% da ESF em Juiz de Fora com uma cobertura inicial de 19% da população do Município. Entre os objetivos do projeto estão: ampliar as ações da Estratégia de Saúde da Família – ESF, aumentar a resolutividade dos serviços e ampliar a possibilidade de respostas às necessidades de saúde da população. Para a operacionalização do programa é prevista a contratação de profissionais de Educação Física (4), Farmácia (4), Fisioterapia (8), Nutrição (4) e Psicologia (4)²². De acordo com as informações da SSSDA/JF, a implantação do NASF é um processo bastante complexo, mas que visa reforçar a Atenção Primária à Saúde na cidade, e representa um enorme ganho para os usuários.

²¹ Este Projeto tem como objetivos: “a ampliação, para as populações dos grandes municípios brasileiros, do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família; a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação.” (BRASIL, 2009).

²² Nota-se que o profissional de Serviço Social, assim como demais categorias como, por exemplo, fonoaudiólogos, médicos e terapeutas ocupacionais, ficaram de fora do Projeto de NASF de Juiz de Fora.

Conforme referido anteriormente, hoje o serviço de Atenção Primária à Saúde do Município está organizado a partir das Unidades de Saúde, podendo ser classificadas por quatro categorias: Tradicional; Programa de Agentes Comunitários – PACS; Estratégia de Saúde da Família – ESF; e Estratégia de Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família – ESFR. Geograficamente, as UBS's estão distribuídas em oito Regiões Administrativas que são subdivididas e representadas por 12 Regiões Sanitárias, incluindo a área rural.

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos serviços por região considerando o perfil das Unidades por categoria:

QUADRO I: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

REGIÕES ADMINISTRATIVAS	CATEGORIA				TOTAL
	TRADICIONAL	PACS	ESF	ESFR	
NORTE	02	—	10	—	12
NORDESTE	01	—	02	01	04
LESTE	—	—	07	02	09
CENTRO	01	—	—	—	01
OESTE	01	02	—	—	03
SUL	02	—	05	—	07
SUDESTE	—	—	06	—	06
REGIÃO DO CAMPO	11	—	04	—	15
TOTAL	18	02	34	03	57

Fonte: Dados da Pesquisa.

No que se refere aos profissionais, segundo os dados da SSSDA, até o início do ano corrente (2009) as Unidades de Saúde da Família contavam com 84 equipes credenciadas. A estimativa da população coberta é de 286.350 o que representa 55 % da população juiz-forana (BRASIL, 2009b).

As equipes são compostas por profissionais de 07 (sete) diferentes categorias:

- Agente Comunitário de Saúde (523);
- Assistente Social (25);
- Auxiliar de Enfermagem (159);

- Dentistas (39);
- Enfermeiro (96);
- Fisioterapeuta (02);
- Médico (200).

Somam-se a esse conjunto os profissionais (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos) que atuam como residentes nas UBS's de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Nota-se ainda que com a ampliação das equipes de saúde da família houve avanços, mas os desafios são muitos e justificam-se por diferentes fatores, seja pelo envolvimento de sujeitos sociais com interesses políticos divergentes, ou mesmo pela complexidade da política de saúde.

Um estudo²³ realizado recentemente analisou o trabalho das equipes de saúde a partir da dimensão organizativa do processo produtivo, da dimensão política ideológica em que o trabalho da equipe se configura, nas relações de poder e espaço de gerações de conflitos, e da dimensão econômica nas quais as relações de trabalho se configuram na permuta entre a capacidade de trabalho por remuneração. Ficou constatado que em todas as dimensões analisadas há dificuldades que implicam no distanciamento dos profissionais das reais necessidades da população.

Esses resultados mostram que as dificuldades podem interferir na qualidade do serviço, uma vez que comprometem todo o processo de proteção à saúde. Além disto, pode comprometer a efetivação do princípio da promoção da saúde e os elementos que a compõem, a exemplo das práticas educativas. Portanto, reafirmando com isto a importância de resgatar ações que estejam pautadas nos objetivos e princípios do SUS, especialmente para redução dos impactos do modelo curativista, que ainda está fortemente presente na Atenção Primária à Saúde²⁴.

²³ Estudo realizado por Denise Barbosa de Castro Friedrich para elaboração da tese de doutorado: O Trabalho em Saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da Família em Juiz de Fora, defendida em 2005 no Instituto de Medicina Social da UERJ.

²⁴ Entendida a partir da definição de Mendes (2002, p. 10): “A interpretação da Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da Atenção Primária à Saúde dentro de um sistema integrado de saúde”.

3.3 – Educação em Saúde no Município

Conforme destacado no primeiro capítulo desta dissertação, a educação em saúde que se pauta na perspectiva crítica é um tema cada vez mais atual e, como ação de promoção de saúde tem ganhado importância nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um processo considerado imprescindível na Estratégia da Saúde da Família – ESF – que contribui para reorganizar a prática de atenção em novas bases, rompendo com o modelo tradicional hospitalocêntrico e normativo, centrado nas doenças, para um modelo de atenção integral baseado na promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Do ponto de vista da história da educação em saúde do Município, constatou-se que não existem, no Departamento de Atenção Primária à Saúde, registros específicos das práticas educativas ou que mostrem detalhamento destas atividades. Normalmente as UBS's enviam para o Departamento as planilhas, fichas ou mapas de atendimentos somente o registro quantitativo, referente a consolidados numéricos dos procedimentos realizados por profissionais das equipes de saúde. Esta realidade impediu a sistematização cronológica para análise do desenvolvimento das atividades educativas coletivas nas UBS's. Para se obter dados qualitativos que permitam analisar a sucessão dos acontecimentos dos modelos que permeiam as práticas educativas, é necessário buscar nos registros de cada UBS. Isto exigiria um esforço além dos limites deste estudo.

De acordo com as informações obtidas pelos técnicos da SSSDA, não há no Município uma Divisão de Educação em Saúde, como em algumas cidades brasileiras. A orientação oferecida ao profissional parte do entendimento de que a educação em saúde deve permear todos os procedimentos, nos diferentes espaços. Porém, observa-se que no formulário do SIAB, são os grupos que aparecem como atividades de educação em saúde e, considerando estes dados no ano de 2008, foram realizados 5.329 grupos educativos nas UBS's de ESF e até março deste ano 1.295. Estas informações foram recolhidas na SSSDA por meio do sistema de informação da Secretaria de Assistência à Saúde/ DAB/ DATASUS, logo não é possível caracterizá-las, pois não estão especificados quais foram estes grupos.

Entretanto, é sabido que normalmente os grupos que acontecem nas Unidades estão ligados a algumas patologias e às diferentes fases da vida como: Hipertensão e Diabetes; Desnutrição Infantil; Saúde Mental; Obesidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS; climatério; adolescência; gestação; planejamento familiar; etc. Por outro lado, também ocorrem atividades coletivas voltadas para participação popular, como por exemplo,

capacitação de conselheiros de saúde e outras voltadas para valorização da cultura e aprendizado como teatro, contadores de história, cinema, artesanato.

A dificuldade inicial de obter os dados históricos não impede de avaliar – a partir da leitura de documentos e informações da equipe de Coordenação da ESF – que a educação em saúde, por fazer parte de um conjunto de ações dos profissionais de saúde, acompanha os modelos de assistência à saúde de cada época. Portanto, a dedução que se faz é que o modelo tradicional e o crítico fazem parte da história da educação em saúde em Juiz de Fora, interferindo de diferentes formas na organização dos serviços e operacionalização das práticas educativas.

Para compreender melhor as diretrizes que guiam essas práticas foi necessário buscar mais dados e neste levantamento obteve-se a informação de que no ano de 2009, as equipes de saúde estão sendo preparadas para trabalharem a partir do modelo das chamadas Linhas Guias. Estas Linhas Guias compreendem um conjunto de orientações para atuação dos profissionais de saúde do Estado de Minas Gerais, ligadas ao Programa Saúde em Casa²⁵ que vem se consolidando no desde o ano de 2005.

No ano de 2006 foram elaborados e publicados os manuais que orientam a intervenção a partir de algumas patologias e fases da vida como, por exemplo:

- Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério;
- Atenção à Saúde da Criança e Hospitalar ao Neonato;
- Atenção à Saúde do Adolescente;
- Atenção à Saúde do Adulto (hipertensão diabetes, tubérculos, hanseníase e HIV/AIDS);
- Atenção à Saúde do Idoso;
- Atenção em Saúde Mental;
- Atenção em Saúde Bucal;
- Manuais de Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família.

²⁵ Conforme a Secretaria de Estado de Saúde do de Minas Gerais o Programa Saúde em Casa lançado no de 2005 tem como objetivo ampliar e fortalecer a ESF. Está estruturado a partir de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias. A prioridade do Programa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças. As principais metas são: a redução do número de internações hospitalares; a redução da mortalidade materna e infantil; e a cobertura vacinal de 95% da população infantil. Pretende-se que sejam 3.700 equipes em funcionamento em dezembro de 2008. Até no mês de Fevereiro de 2009, Minas Gerais já conta com 3.774 equipes do SF atuando em 827 municípios (BELO HORIZONTE, 2005).

- Atenção à Saúde - Dengue

Os manuais trazem no seu conteúdo os conceitos acerca de cada temática, informações sobre as fases da vida, além de técnicas e metodologias de intervenção. Tomando como exemplo o manual de Atenção à Saúde do Adolescente pode-se destacar a definição do público alvo, sendo: os adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade, moradores residentes no Estado. Destaca-se também: a definição da população em situação de risco; a conceitualização de adolescência (os aspectos físico, psicológico e social); as medidas de prevenção e Promoção da Saúde; a apresentação da proposta da parceria entre as áreas de Saúde e a Educação do Estado (Programa Saúde na Escola); atenção integral à saúde do adolescente; estratégias para estabelecimento de vínculo; a puberdade; vacinação na adolescência; violência e vulnerabilidade social, sexualidade; adolescente em cumprimento de medidas sócio-educativas; saúde sexual e reprodutiva; etc.

Pode-se observar que o conteúdo deste manual avança no que diz respeito às informações técnicas e modos de como intervir, ao trazer uma série de explicações acerca das vivências e representações do indivíduo nesta fase da vida. Porém, dependendo do tema abordado como é o caso do manual de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério as informações são especificamente técnicas.

No que se refere à educação em saúde, percebe-se que há também algumas diferenças. Observando, por exemplo, o manual sobre a saúde do adolescente esta temática encontra-se no item que trata das medidas de prevenção e promoção. Neste é feita referência aos grupos educativos destacando que:

Atenção especial deve ser dada aos trabalhos de Educação em Saúde, sejam por meio de palestras, dinâmicas de grupo, ou de outras atividades em que priorizem as ações preventivas em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis e à AIDS, à gravidez precoce e não planejada na adolescência, ao uso e/ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque para o tabaco e o álcool) e à saúde mental a partir da reflexão por parte do adolescente sobre seu projeto de vida e a responsabilidade em relação às suas ações, trabalhando o reforço da auto-estima. (BELO HORIZONTE, 2006, p.30).

O manual traz também a proposta para a elaboração das oficinas com os adolescentes, pais e familiares, contendo os objetivos, da seguinte forma:

Objetivo Geral - A construção da autonomia e de um projeto de vida, envolvendo várias dimensões: autocuidado corporal e nutricional, estudo, trabalho, amizades, lazer, namoro, esporte, atividades artísticas e culturais, planos em relação à vida profissional e afetiva – com os adolescentes.

Refletir e orientar sobre as relações familiares na adolescência – com os pais e familiares.

Objetivos Específicos - Viver com saúde, importância do projeto de vida, responsabilidade por sua saúde reprodutiva, fortalecimento do vínculo, com os profissionais que o atendem, exercício da cidadania e prevenção da gravidez e ao uso e/ou abuso de substâncias lícitas (fumo e álcool e ilícitas) [...].

Estimular o diálogo e o respeito dentro das famílias, ajudar os filhos no dia-a-dia, projeto de vida e como alcançá-lo, orientar a prevenção à gravidez não planejada e ao uso e/ou abuso de substâncias, estimular a frequência aos serviços de atenção integral aos adolescentes [...]. (BELO HORIZONTE, 2006, p.31).

É indicada também a metodologia para os trabalhos nos grupos com os adolescentes, indicando como técnicas: dinâmicas de grupo; utilização de linguagem acessível; fornecimento de orientações impressas; estímulo à participação a partir de técnicas apropriadas e perguntas. É feita a orientação para que o profissional busque esclarecer as principais dúvidas e estimular a participação dos adolescentes com perguntas facilitadoras. A proposta é para que as oficinas aconteçam mensalmente com a duração de duas horas, e que sejam separadas e reservadas em momentos diferentes, para os adolescentes e para os pais e familiares.

Avaliada sob o ponto de vista da perspectiva crítica da educação em saúde, essa proposta de intervenção tende a reproduzir algumas características que se aproximam mais do modelo tradicional do que dos princípios da Educação Popular. No entanto, é necessário conceber que a continuidade de práticas normatizadoras ou libertadoras, com base no modelo crítico de se educar em saúde, dependerá de como os profissionais irão incorporar estas informações para subsidiar o desenvolvimento das atividades educativas.

A preparação das equipes para a utilização do modelo das Linhas Guias já vem ocorrendo por meio de encontros entre os técnicos da SSSDA, os supervisores das equipes e os profissionais, que discutem sobre o material que servirá como base na organização e operacionalização dos serviços. Além destes, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através do Canal Minas Saúde²⁶, oferece o curso de preparação à distância. Assim, nas próprias Unidades, segundo informações da SSSDA, os profissionais se organizam uma vez por semana para assistirem aulas.

²⁶ Conforme o Secretário Estadual de Saúde o Srº Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva: “O Canal Minas Saúde de Televisão é uma rede estratégica para o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente a distância”. (www.saude.mg.gov.br) .

Avaliando esse momento de esforço dos profissionais de saúde, cabe acreditar que o resultado seja favorável e que avance para uma nova visão do significado de apreender e ensinar na saúde. De acordo com a reflexão de Albuquerque & Stotz (2004, p. 17) “os profissionais e técnicos são educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel. É indispensável, portanto pensar na educação dos educadores no contexto de novas práticas de saúde”.

Capítulo 4 – O DESENHO DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

No ato de uma pesquisa para desvendar aquilo que está oculto na aparência é necessário buscar na literatura científica. As leituras sobre a política de saúde, serviços de atenção à saúde e, fundamentalmente, sobre a educação em saúde, permitiram aprofundar e analisar os dados. Entretanto, a tarefa de interpretar e dar significado à fala e à percepção do outro requer compromisso e cuidado. De acordo com Bourdieu, citado por Minayo (1998, p. 197), no exercício da análise pode-se deparar com três armadilhas que se tornam verdadeiros obstáculos. O autor classifica a primeira como “ilusão da transparência”, que representa o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente. A outra é a “magia dos métodos e das técnicas” que faz com que o pesquisador esqueça o essencial que é a fidelidade às significações que o material contém e às dinâmicas relações sociais. A última é a “dificuldade de se juntar teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo”.

Com base nesse entendimento foi adotada para a etapa da análise dos dados a discussão teórica de Minayo (1998), que propõe o método de interpretação hermenêutico-dialético, capaz de dar conta de uma compreensão mais próxima da realidade.

O primeiro passo foi a organização dos dados mediante escuta e transcrição das entrevistas; leitura rápida do material; ordenação dos relatos por grupos de entrevistados. O segundo momento foi de leitura mais aprofundada dos textos e agrupamento dos relatos por categorias analíticas. Com o material organizado partiu-se para a leitura apurada do texto e a interpretação. Durante o processo de análise, o esforço do diálogo com as fontes teóricas subsidiou todo o percurso do estudo. Buscou-se com isto o movimento de ir e vir, do empírico para teórico e das premissas para as descobertas.

Daí por diante, adotando como referência os princípios da Educação Popular em Saúde, “cuja matriz teórica, conceitual e metodológica tem bases na educação popular” (PEDROSA, 2008, p.306), pode-se aproximar do conceito de educação em saúde desenvolvido pelas equipes de saúde e da formalização das atividades educativas coletivas. As condições concretas para o desenvolvimento das atividades em grupo, também identificadas, possibilitaram retratar características específicas desta prática e elaborar o diagnóstico das ações educativas coletivas das UBS's de Saúde da Família no Município.

Para contribuir no estudo foi proposta a análise dos projetos elaborados pelos profissionais para a intervenção com grupos. Na seleção destes adotou-se o critério

geracional, de forma que seriam objetos de análise os projetos cujas práticas estivessem voltadas para adolescentes, adultos e idosos. A opção pelos projetos justificou-se pela impossibilidade, no limite deste estudo, de abarcar os dados de toda a documentação produzida e utilizada pela equipe (relatórios, as fichas de planejamentos, planilhas, cartilhas, protocolos, etc.). Entretanto, nem todas as UBS's pesquisadas possuíam os projetos formalizados. Diante disto, foram utilizados os dados de apenas três projetos de Unidades com experiências diferentes, mas que contribuíram para complementar a análise. Esta situação não chegou a comprometer o estudo, pelo contrário, apresentou mais um fenômeno para a reflexão que será apresentada no item da análise da organização dos grupos.

Este capítulo é dedicado à apresentação e discussão dos resultados e está organizado em seis partes. A primeira traz um breve esboço do **Perfil dos Entrevistados**, informações úteis para a compreensão das respostas. Na segunda parte em diante são apresentados os dados propriamente ditos, seguindo uma sequência de subtemas definidos no processo de construção da entrevista e de organização do material empírico. São eles:

- **Os Grupos Educativos em Saúde**
- **Organização dos Grupos Educativos**
- **Elementos Facilitadores e Dificultadores**
- **Projeto Municipal de Educação em Saúde**

Para finalizar foi elaborado um breve relato de uma experiência específica, que se destaca pela proposta inovadora **Na Busca da Consolidação do Modelo Crítico** de se educar em saúde.

É importante esclarecer também que pela complexidade da temática não há, na apresentação dos resultados da pesquisa, generalizações ou conclusões rígidas.

4.1 – Perfil dos Entrevistados

Para traçar o perfil dos profissionais levou-se em consideração a profissão, situação funcional, tempo de trabalho na UBS e tempo no atual cargo. O critério utilizado para a escolha dos entrevistados foi o envolvimento nas ações educativas coletivas e o interesse em participar da pesquisa, independente da categoria profissional.

Referente à profissão, pode-se observar no Quadro II a prevalência de assistentes sociais. Trata-se de um dado curioso que merece destaque e será discutido ao final deste capítulo.

QUADRO II: PROFISSÃO/SITUAÇÃO FUNCIONAL

Agente Comunitário de Saúde – 01
Assistente Social – 02
Assistente Social/Residente – 03
Supervisor/Assistente Social /Preceptor – 01
Supervisor /Enfermeira/ /Preceptor – 02
Supervisor/Médico – 01
Supervisor /Técnico de Enfermagem – 02

No que diz respeito à situação funcional, conforme anunciado na introdução deste trabalho, há algumas diferenças no grupo de entrevistados. Primeiro com relação ao conjunto dos respondentes no qual se destacam duas categorias: supervisor/gerente de Unidade e profissional que cumpre a função específica de cada categoria. Além desta, há outra característica devido à composição da amostra, com UBS's que comportam além da Estratégia de Saúde da Família – ESF, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – PRM. Neste caso, os entrevistados do conjunto dos supervisores/gerentes, além de responsáveis pela supervisão da Unidade e por funções concernentes às suas categorias profissionais, respondem pela preceptoria de serviço. Quando se trata do profissional residente, as diferenças estão no vínculo contratual, que segue a normatização específica do Programa, ligada à parceria da UFJF com a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

Com relação ao tempo de trabalho na UBS e no atual cargo, a situação observada é descrita no Quadro III:

QUADRO III: TEMPO DE TRABALHO NA UBS E NO ATUAL CARGO

TEMPO DE TRABALHO		TEMPO NO CARGO	
Anos	Total	Anos	Total
01 – 05	05	01 – 05	07
06 – 10	04	06 – 10	03
11 – 15	01	11 – 15	01
16 – 25	02	16 – 25	01
Total	12	Total	12

De acordo com o quadro anterior, e considerando o tempo de UBS, é possível destacar que os entrevistados trazem experiências de diferentes momentos conjunturais, o que pode contribuir na leitura da atual realidade.

O roteiro de entrevista, aplicado em ambos os grupos, divergiu em apenas duas questões. Para manter o anonimato dos informantes, optou-se por identificá-los através de letras, relacionando-os por categorias profissionais, função ²⁷ e por respectivas Unidades de Saúde.

4.2 – Os Grupos Educativos em Saúde

Tendo em vista a finalidade deste estudo buscou-se, inicialmente, identificar nas UBS's pesquisadas quais eram os grupos educativos desenvolvidos pelas equipes de saúde. O quadro IV apresenta um panorama destas atividades:

QUADRO IV: GRUPOS EDUCATIVOS DESENVOLVIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE

UBS	A	B	C	D	E	F	T
GRUPOS	ESF	ESF	ESFR	ESFR	ESFR	ESF	O
							T
							A
							L
Adolescentes	X		X	X	X		04
Artesanato		X			X		02
Caminhada						X	01
Climatério	X			X	X	X	04
Direitos Reprodutivos	X	X	X	X	X	X	06
Gestante	X			X			02
Hipertensos	X		X				02
Idosos		X		X	X		03
Obesidade e tabagismo	X						01
Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD)	X		X	X	X	X	05
Sala de Espera: Preventivo colo do útero e mama					X		01
Sala de Espera: Exame de Próstata					X		01
Saúde Mental (grupo de auto-estima)					X	X	02
Teatro					X		01
TOTAL	07	03	04	06	10	05	35

²⁷ Profissões: ACS = Agente Comunitário de Saúde; AS = Assistente Social; E = Enfermeira; M = Médico; TE = Técnico de Enfermagem. Função: P = Profissional; S = Supervisor. USB's classificadas de A a F.

Considerando este quadro e as respostas dos entrevistados no que se referem à formulação dos grupos educativos, foram observados dois conjuntos distintos:

1^a) Grupos que acompanham programas específicos de atenção à saúde e fazem parte das ações programáticas, organizados a partir das orientações mencionadas em protocolos, manuais e cadernos de saúde do Ministério da Saúde: grupo de gestantes, hipertensos, planejamento familiar, etc.;

2^a) Grupos formados por iniciativa da equipe de saúde a partir do perfil da população e que têm como característica principal as atividades lúdicas e de lazer (teatro, artesanato, caminhada, etc.).

Identifica-se, portanto, que os grupos ligados aos programas relacionados às doenças predominam e, de acordo com os entrevistados, são atividades que fazem parte dos protocolos de saúde e são uma exigência institucional:

“Então a Secretaria faz sim, esta cobrança da gente trabalhar em grupos, quanto mais a gente trabalhar melhor. O PSF tem uma valorização muito grande no atendimento em grupos que é para prevenção e até mesmo para controlar e cuidar das pessoas, no caso da doença crônica, para melhorar a qualidade de vida dela [...]” (S.TE/B).

A ênfase nos grupos voltados para prevenção de doenças pode indicar que, embora os profissionais de saúde contem com suportes metodológicos cujos pressupostos críticos conduzem às práticas educativas para além da prevenção de doenças, as atividades de educação em saúde ainda continuam guiadas por programas da ocasião ou epidemia em pauta, conforme sinalizam Albuquerque & Stotz (2004). Além do mais, a particularidades dos grupos educativos formalizados nas Unidades de Saúde refletem não só a concepção dos profissionais, mas as condições objetivas para o desenvolvimento deste tipo de atividade.

4.2.1 – Educação em Saúde na Visão dos Entrevistados

Para entender a **concepção** dos profissionais sobre educação em saúde iniciou-se a entrevista com a pergunta direta. Na análise das respostas foi possível verificar diferentes opiniões que foram agrupadas por se entrelaçarem em alguns pontos. Deste agrupamento, duas percepções diferentes se destacaram: a que se aproxima do modelo crítico de educação em saúde e a que apresenta características do modelo tradicional.

As opiniões que são próximas da perspectiva crítica foram as mais frequentes. Neste aspecto, a educação em saúde é associada às estratégias de promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida, prevenção de doenças e recuperação da saúde. A concretização ocorre através de orientação, diálogo, educação, conscientização e sensibilização dos usuários. Em alguns depoimentos nota-se a importância da visão que se tem de educação em saúde para efetivação da promoção da saúde:

“Eu entendo a educação em saúde assim, como atividade da atenção primária que a gente trabalha com prevenção e promoção da saúde. É que a educação em saúde está dentro da promoção em saúde não tem como você fazer promoção e prevenção sem educação. Eu entendo que deve ser uma atividade onde a equipe deva estar articulada, ter vínculo com o usuário, em que deve ser ampla a divulgação das informações. Considerar este usuário como um sujeito detentor de saberes, como um cidadão que tem conhecimento e, respeitar este conhecimento e trocar estes saberes. Não tentar impor seu poder, seu saber em cima do conhecimento que ele tem” (P. AS/C).

Essa fala revela a interconexão da educação em saúde com a promoção e a prevenção. Apresenta a idéia da articulação da equipe e do vínculo entre profissional e usuário, além de reconhecer o indivíduo como sujeito possuidor de saberes que devem ser valorizados. Demonstra assim, aproximação com a concepção dialógica da educação em saúde, pautada no respeito ao outro, na relação horizontal, no diálogo e na valorização da comunicação entre sujeitos de conhecimentos distintos. No entendimento de Paulo Freire, o ato de educar deve envolver os sujeitos na dialogicidade, pois eles aprendem ao mesmo tempo em que ensinam e vice-versa, colaborando para a construção de novos saberes (FREIRE, 1983).

A propósito da ligação entre os enfoques de educação e prevenção, Downie et al, citados por Assis (2004) apresenta um modelo que os integra, destacando-os como componentes da promoção da saúde, bem como a possibilidade da educação em saúde contribuir para todas as metas da promoção. Em consonância com esta discussão, Simnett mencionado também por Assis (2004, p.29), define a promoção da saúde como: “um amplo leque de atividades as quais realçam a saúde positiva e previnem problemas de saúde, incluindo educação em saúde, medidas preventivas, políticas saudáveis, medidas ambientais e desenvolvimento organizacional e comunitário em saúde”.

Na afirmação de outro entrevistado, observa-se, igualmente, a interface entre a educação e a promoção da saúde ao relacioná-la a um conjunto de atividades que operam em diferentes níveis:

“Em minha opinião educação em saúde são várias atividades ou propostas que se fazem tanto no nível individual como coletivo para que a pessoa possa aprender e se apropriar de métodos para a melhoria, para a promoção da saúde ou para a recuperação dela” (S. E/C).

Nota-se neste trecho o conceito do coletivo relacionado à finalidade da promoção da saúde de provocar mudanças organizacionais que beneficiam a saúde de camadas mais amplas da população, conforme considera Candeias (1997).

Por outro lado, na avaliação de Buss (2000; 2003), é necessário considerar a diferenciação entre os conceitos de promoção e prevenção, pois o conteúdo teórico entre os dois enfoques é mais preciso que as práticas. Por ser um campo de conhecimento e prática recente, as abordagens metodológicas de promoção da saúde ainda não estão tão desenvolvidas como os métodos epidemiológicos de implementação e planejamento dos programas de prevenção de doenças. O autor ressalta que na promoção da saúde as estratégias são mais integrais e abrangentes e estão voltadas para a modificação das condições de vida. Envolvem ainda processos individuais e ações coletivas que irão incidir na melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas. A promoção da saúde também “visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios de capacitação que permitem todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde” (BUSS, 2000, p.172).

No que tange à prevenção, o foco é a doença e os mecanismos para combatê-la, com objetivo final de evitar as enfermidades. Particularmente a “confusão entre promoção e prevenção ocorre pela ênfase em modificações de comportamento individual e do foco exclusivo na redução de fatores de risco para determinadas doenças vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde” (BUSS, 2003, p.34). Deve-se, portanto observar as diferenças conceituais e práticas na abordagem da promoção e prevenção, no sentido de avançar das práticas tradicionais para aquelas que verdadeiramente irão contribuir para o “fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde” (CZERENIA, 2003, p. 47).

“Eu vejo a educação em saúde como estratégia que a gente pode utilizar para a melhoria de vida da população através de conhecimento, inclusive assim, de acordo com a realidade deles, que melhorem as condições de vida de acordo com a realidade deles [...]” (P. AS/D).

Nessa reposta, o conhecimento aparece como categoria importante na operacionalização da educação em saúde para alcançar mudanças na vida e na realidade do usuário. Para Freire (1983), por meio da educação é possível transformar a realidade, porém é preciso que a conheçamos para que a transformação aconteça de forma efetiva. Esta metodologia apóia-se no trinômio *conhecer, analisar e transformar*, porém esse processo tem de ser simultâneo, no sentido de que o educador (profissional) se refaça constantemente no ato *cognoscente e na cognoscitividade* dos educandos. “Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítico”. (1983, p. 36).

“Educação em saúde é você preparar a população, isto de uma forma geral para o que eles não estão habituados. É conscientizar esta população deste novo modelo de saúde e prepará-los para as novas estratégias de saúde. Então eu acho que trabalhar educação em saúde é isto você colocar a população forte de uma forma preparada para encarar todas as questões de saúde” (P. AS/E).

“Eu acho que é uma estratégia de intervenção profissional, dos profissionais de saúde para realmente trabalhar questões de saúde com a população” (S. AS/E).

Na opinião desses profissionais, observa-se a compreensão do potencial da educação em saúde na possibilidade de fortalecer a população na luta por melhores condições de vida e de saúde. Conforme apresentado no trecho acima, “estar preparada para encarar todas as questões de saúde” pode representar a participação dos usuários em decisões que incidirão sobre sua saúde. Sobre a questão da participação, Pedrosa (2007) sinaliza que as ações de Educação Popular em Saúde podem promover “a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo dos princípios do SUS” (p.16).

Analisando por outro ângulo, é necessário, porém, tomar cuidado com a significação e o uso indiscriminado do conceito *conscientizar*, especialmente para não cair no discurso vazio de que o usuário não tem consciência e por isso cabe ao profissional conscientizá-lo.

Conforme nos ensina Freire (1983), na educação problematizadora o homem não pode ser visto como ser abstrato, fora do mundo, sem consciência. Ao contrário, é na relação com o mundo que emerge sua consciência: “O que antes já existia como objetividade, mas não era percebido em suas implicações mais profundas e, às vezes, nem sequer era percebido, se ‘destaca’ e assume o caráter de problemas, portanto, de desafio” (p. 35). Assim, promover *consciência crítica* significa, também, suscitar a conscientização coletiva que favorece a desmistificação das condições de vida e de saúde da população e seu potencial para promover as mudanças.

A idéia de “trabalhar questões de saúde”, presente no outro fragmento de entrevista, remete à discussão sobre a complexidade do processo saúde-doença e implica a participação efetiva da população nas decisões relacionadas à política de saúde. No entanto, é conveniente lembrar que a participação popular apresenta limites. Os espaços de participação por estarem assegurados legalmente, muitas vezes levam à idéia de que o ato de participar se dará espontaneamente. Na realidade, a participação efetiva dos usuários frequentemente é boicotada e desconsiderada com autoritarismo e prepotência típicos do modelo biomédico tradicional, conforme denuncia Vasconcelos (2007).

A outra perspectiva observada nos depoimentos e que apresenta características do modelo tradicional simplifica a prática educativa em saúde. Na percepção destes profissionais, a educação em saúde está relacionada ao contato com o usuário para orientação e informações referentes às patologias (diabetes, hipertensão, etc.) e às mudanças nos hábitos de vida. Isto pode ser observado neste fragmento:

“Estar sempre com o paciente na orientação dos diabéticos, educando; estar sempre ajudando, orientando o que está certo ou errado dentro da casa deles educando eles, sobre o uso da medicação e outra coisa que for necessário.” (P. ACS/A).

Nesse caso, o ato de educar aparece como forma de controle e, a relação entre profissional e usuário é vista como uma possibilidade de ajustar aquilo que o profissional considera errado.

Em outro depoimento a educação em saúde aparece, num primeiro momento, hipertrofiada quando conectada a todos os “procedimentos”, entretanto a representação está na prevenção de doenças através de orientações:

“Educação em Saúde para mim é todo procedimento realizado dentro ou fora da UBS que ajuda na prevenção de doenças, sobre

orientações e até ajudar na questão física e mental dos usuários, sendo ela não só dentro da UBS, porque a Unidade concentra muito o pensamento da doença [...]. A gente pensa que pode educar só no momento que está trabalhando, mas a gente pode educar num simples diálogo com essas pessoas, sobre o uso dos preservativos, o uso do anticoncepcional, prevenção de doenças, no controle da natalidade” (S. TE/B).

Nesse entendimento ressalta-se a questão do “diálogo” apreendida de forma restrita. No entanto, este tem o potencial de ultrapassar a mera atitude informativa de uso adequado de métodos contraceptivos. Além disto, a educação em saúde, pautada no modelo crítico, não se limita, por meio de repasse de informações, a reprimir comportamentos considerados de risco. Também não se ocupa com definições de condutas corretas para as pessoas, mas de criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais segundo a visão de Ayres (2001).

“Eu acho que educação de uma forma geral é você transmitir um pouco de conhecimento para aquele usuário [...] Eu acho que transmitir não é a palavra certa eu acho que é você tentar sensibilizá-lo porque só transmitir não resolve. Eu acho que talvez seja possibilitar acesso a informações [...] Mais que só transmitir aquelas informações é ele utilizar. Você sensibilizar de uma forma que ele consiga utilizar aquelas informações para mudanças de hábitos de vida” (S. E/D).

Nessa fala pode-se observar a compreensão do profissional sobre a importância da educação na vida das pessoas. Trata-se de uma visão que reforça a necessidade de possibilitar o acesso do usuário às orientações que podem favorecer sua saúde. Faz referência à necessidade de se buscar formas de intervenções que realmente impliquem em mudanças na saúde. Mas, por outro lado, com esta concepção corre-se o risco de desprezar as condições objetivas e subjetivas as quais o usuário dispõe para favorecer qualquer alteração em sua vida. Além disto, “a educação é mais que transmissão de informações ou capacitações estritamente técnicas sobre conteúdos pré-definidos” (ASSIS, 2004, p.43). Mudar hábitos de vida para promover a saúde requer, sobretudo, que sejam considerados os determinantes sociais, políticos e econômicos que interferem, muitas vezes de forma negativa, no processo saúde-doença-cuidado.

Adentrando mais na questão da concepção de educação em saúde, foi perguntado aos entrevistados quais as atividades que caracterizam a educação em saúde. As respostas dadas

por eles apontam tanto para as atividades individuais quanto para as coletivas exemplificando os espaços educativos:

“Não pode deixar de citar os grupos que são no modelo atual de saúde o que mais caracteriza a educação em saúde, mas, além disto, tem a própria sala de espera, as campanhas do Governo, não da forma imposta como é feito e o atendimento individual, dependendo da postura que o profissional assume neste atendimento, é uma forma de trabalhar uma educação em saúde” (P. AS/E).

Nas opiniões em que as atividades em grupo sobressaem como espaço privilegiado, por combinar momentos de troca, reflexão e participação, notou-se particularidades do enfoque mais tradicional ligado à prevenção de doenças e à prescrição medicamentosa, como revela o trecho seguinte:

“Os trabalhos com grupos eu acredito que ajudam muito porque você troca experiência, escuta também como um reage com a troca de medicação, como os hábitos de vida dele estão ajudando aliviar este problema, estas patologias que ele está tendo [...] (S. TE/B)”,

Entretanto, também com relação ao espaço coletivo como prioritário para operacionalização da prática educativa, notou-se características da concepção mais crítica:

“[...] sempre que ele está sozinho no consultório ele não tem esta oportunidade de se abrir, quando ele está no coletivo ele vai se abrir mais, porque ele conversa o outro pergunta. Eu acho que o atendimento nos grupos ele tem esta força maior [...]” (S. TE/B).

No que se refere à **participação** dos entrevistados nos grupos educativos, duas situações foram identificadas: a dos supervisores/gerentes e a dos profissionais que não ocupam este cargo. No primeiro caso, os supervisores relatam não terem tempo disponível para um maior envolvimento nestas atividades:

“Não tenho ajudado muito devido o acúmulo de função, além da grande demanda da UBS. Quando eu posso participo informando sobre algum assunto ou tema” (S. TE/B).

Essa situação ocorre, principalmente, pelo acúmulo de funções já que atuam como supervisores da Unidade e atendem também às demandas específicas de cada categoria (Enfermagem, Medicina e Serviço Social). Nas Unidades de Saúde da Família e Residência, as funções dos supervisores também se sobrepõem com a de preceptoria de serviço:

“Olha, como sou preceptora e agora sou gerente a minha atuação e muito mais de supervisionar e de orientar e dar dicas (...) depois que me tornei preceptora e agora sou gerente é muito difícil eu participar ou do planejamento é muito menos de execução e avaliação de um grupo” (S. E/C).

Já com relação aos profissionais, todos os entrevistados informaram que participam dos grupos, no planejamento, na execução até na avaliação.

Sobre os grupos educativos, Pekelmam (2008), sinaliza que as dificuldades para construção destes espaços na Atenção Primária estão relacionadas à lógica dos serviços onde a produção quantitativa de consultas é mais valorizada. A autora informa que os profissionais enfrentam estas dificuldades porque os gestores não consideram os grupos como produtivos, determinando que a assistência individual seja prioridade.

Além dessa situação, observa-se nas respostas que há uma carência na **capacitação** para o desenvolvimento de grupos educativos:

“Específico em educação em saúde atualmente não tem tido nada” (A. E/D).

Esse é um fenômeno que limita a realização de práticas mais reflexivas. Em outras falas esta situação é apontada como uma falha da gestão municipal:

“Alguns grupos tiveram, por exemplo, o de hipertensos que foi só para enfermeiros, o de saúde da mulher já foi para a equipe toda [...]. A Prefeitura tem momentos falhos e os cursos são em menor quantidade para algumas categorias [...]” (S. TE/A).

Em outros relatos é revelado que devido a esta ausência os profissionais sentem a necessidade de se preparem melhor e buscam subsídios nos estudos:

“[...] Nós fazemos estudos por conta própria porque não tem capacitação direta para desenvolver trabalhos com grupos” (S. TE/B).

Os entrevistados problematizam essa situação ao demonstrarem que a preparação para este tipo de intervenção, muitas vezes, fica sob a responsabilidade exclusiva do profissional:

“Não tem. Quando a equipe vai realizar um grupo ela se organiza para estudar” (S. AS/E).

Além disto, os treinamentos apresentam o caráter normatizador nas exigências da gestão municipal:

“Não há qualquer tipo de capacitação direcionada para os profissionais. O que ocorre são alguns treinamentos, mas somente quando há interesse da Secretaria Municipal de Saúde em descentralizar os serviços” (S. M/F).

Nesse caso, os treinamentos implementados normalmente estão voltados para as campanhas específicas (vacinação, hanseníase, tabagismo, dengue e outras) e estão direcionados somente para algumas categorias.

Outra consideração interessante sobre este mesmo assunto é observada nas respostas dos profissionais inseridos em UBS's com Programa de Residência. Estes apresentam nos seus relatos que, por estarem ligados à UBS de formação profissional, as capacitações acontecem em maior número, apesar de não serem específicas para trabalhos com grupos:

“Tivemos o introdutório e foram trabalhados os grupos educativos, por causa da residência que é dada pela UFJF. Este introdutório engloba a ESF como um todo inclusive os grupos educativos. Na Unidade não tem e não está previsto” (P AS/E).

Na fala de outro profissional, esta mesma situação é destacada:

“Teve quando entrei na residência com o introdutório. Na especialização em Saúde da Família nós tivemos um módulo da capacitação pedagógica que deu um pouco de suporte teórico. Isto através da UFJF do curso de especialização e não da Prefeitura” (P. AS/C).

O fenômeno revelado nessas respostas é tema de reflexão de Vasconcelos (2007) ao apresentar que esta é uma realidade observada nos cursos de formação, tanto na academia quanto nas Secretarias de Saúde. Há pouca preocupação com a “discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde [...]”. (p.26). Os maiores investimentos dos estados e municípios tem sido na “mobilização da população para eventos e campanhas de massa” ou para “ações educativas isoladas e desconectadas da rotina da rede assistencial”. (p.27).

Relacionado ao tema da capacitação está a apreciação sobre os **suportes teórico-metodológicos**. Verificou-se que todos os informantes utilizam os materiais informativos (livros, manuais, protocolos, folders, folhetos, cartilhas e apostilas) elaborados pelo Ministério de Saúde – MS. Alguns dos entrevistados dizem que recorrem a outros materiais como, por exemplo: artigos, monografias, dissertações, outros textos, ou até mesmo o recurso da internet. Com isto buscam informações que possam prepará-los para o desenvolvimento das atividades educativas. No entanto, é necessário considerar que ao utilizarem somente os documentos técnicos, os profissionais deixam de enveredar por outras fontes que possam contribuir para reflexão da prática.

É importante esclarecer que ao abordar o entrevistado acerca da base teórica e metodológica na qual ele se apóia para desenvolver os grupos educativos, a intenção era a de observar o entendimento sobre a educação em saúde. Além disto, buscava-se perceber a visão do profissional sobre o modelo tradicional e crítico da educação em saúde. Porém, no limite da abordagem, foi possível somente elencar o material utilizado por estes profissionais, que, apesar de não revelar aquilo que se pretendia observar, traz pistas interessantes. Neste caso poderíamos citar os materiais do MS que, embora apresentem aspectos tradicionais no trato com o processo saúde-doença dos usuários, avançam para discussões mais críticas voltadas para a humanização nos serviços de saúde. Na questão específica da educação em saúde, conforme apresentado no primeiro capítulo, hoje conta-se com o Caderno de Educação Popular e Saúde (BRASIL, 2007), que incorpora criticamente a metodologia e os princípios da Educação Popular. Torna-se, portanto, uma rica fonte de pesquisas para os profissionais que almejam mudar a forma de se educar em saúde.

A reflexão sobre as práticas educativas no trabalho com grupos por meio da análise dos projetos de intervenção e das entrevistas é abordada no item seguinte.

4.3 – Organização dos Grupos Educativos

No intuito de compreender a organização das atividades coletivas foi perguntado aos entrevistados sobre a formalização dos **projetos de intervenção** com grupos. Na análise verificou-se que a maioria dos profissionais cita o uso de projetos, porém nem todos os grupos são implantados a partir deste recurso. Das UBS's pesquisadas três encontram-se nessa situação, sendo que em uma delas o plano de ação da equipe para os grupos programáticos (diabetes, hipertensão, SAD, gestante, etc.) vem sendo considerado como projeto. Sabe-se, no entanto, que ambos cumprem funções distintas já que o projeto é o documento que formaliza as ações enquanto “unidade operativa que dá consistência aos programas e planos” (NOGUEIRA, 2002, p.27). Portanto, esta confusão tende a interferir tanto no andamento do trabalho da equipe, quanto no envolvimento desta com as atividades educativas.

Conforme já anunciado na apresentação deste capítulo, a escassez dos projetos não comprometeu a etapa da análise documental. Mas, esta situação remete a uma discussão mais ampla e, de maneira especial, às condições reais enfrentada pelos profissionais para elaboração destes ou qualquer outro documento sobre a prática. Hoje é possível constatar que o acúmulo de atividades nas Unidades de Saúde da Família impede que a equipe dedique-se a este tipo de atividade. Aliado a este argumento encontra-se a falta de capacitação, de interesse de parte da equipe, de incentivo da gestão e tantos mais, o que resulta em práticas mecânicas, pautadas no senso comum e carente de reflexão, além de interferir na organização do trabalho e, conseqüentemente, na atenção à saúde do usuário. Apesar do projeto não garantir uma prática pautada na perspectiva crítica sua elaboração é de extrema importância já que representa “[...] um trabalho de síntese entre conhecimento e ação, voltado para o enfrentamento de questões que requerem respostas técnicas e políticas, guiadas por uma ética de emancipação humana” (GIFFONE, 200 p. 48).

Na experiência das Unidades de Saúde da Família e Residência há uma realidade diferente, pois praticamente todos os grupos desenvolvidos possuem projetos.

“Eu não aceito grupo sem projeto. Eu sempre fui muito preocupada com isto. Acho porque sempre lidei muito com aluno e ele chega e quer fazer alguma coisa para a formação dele. [...]. Eu nunca deixei nem com estagiário, eles passam um ano observando as demandas da comunidade, conversando com os ACS para ver se realmente há demanda para um grupo” (S. AS/ E).

Nota-se, na fala anterior, a valorização da elaboração de projeto e a preocupação com a pesquisa (diagnóstico) que deve anteceder as atividades, bem como com a realidade dos usuários (público alvo).

Analisando as declarações sobre quem são os profissionais que elaboram os projetos, notou-se que na maioria das vezes esta atividade fica sob a responsabilidade de duas categorias – Enfermagem e Serviço Social – e raramente de toda a equipe. Chama a atenção o fato de que a equipe do Serviço Social é a maior articuladora deste trabalho. São as Assistentes Sociais que elaboram e propõem a maioria dos projetos:

“O Serviço Social é o grande criador dos projetos, ele está o tempo todo ligado nisto, é o que elabora, está sempre puxando os trabalhos diferenciados as novidades, ele faz isto. Se não tiver alguém para puxar fica na mesmice” (S. AS/ E).

Esse fenômeno expressa a dimensão da interdisciplinaridade e aponta para a dificuldade na constituição do trabalho em equipe, base fundamental da Estratégia de Saúde da Família. Embora o exercício interdisciplinar seja um constante desafio nos serviços de saúde, é indispensável para a elaboração de soluções críticas e contribui para que propostas mais articuladas surjam da confluência das diferentes especialidades.

Conectados aos dados sobre os projetos, encontram-se o **planejamento e a avaliação** dos grupos. Toda a equipe participa do momento de planejamento das atividades desenvolvidas nas Unidades, mas os Assistentes Sociais e Enfermeiras (os) participam tanto do processo de planejamento quanto da avaliação dos grupos, em especial porque são estes profissionais que frequentemente estão envolvidos na sua operacionalização:

“Na verdade quando a gente fala de equipe é muito mais o Assistente Social e o Enfermeiro, porque até por conta da própria atividade na UBS [...] O médico por ‘enes’ motivos acaba não participando do grupo educativo e, o auxiliar de enfermagem por conta da demanda [...]. Às vezes na hora da execução o ACS não participa do planejamento, mas da avaliação ele participa” (S. E/ C).

Em outras declarações essa situação é reforçada e destaca-se também a falta de tempo dos profissionais como outro fator que interfere negativamente neste processo:

“[...] este espaço é cobrado, mas às vezes se torna impossível para fazer e a gente faz fora do horário à noite. Normalmente Assistente Social e Enfermeiro. É muito difícil incluir médico nestas atividades” (P. AS/D).

Em outra fala esta dificuldade também se revela:

“[...] planejar grupos é só o Serviço Social e a Enfermagem, assim, a gente nunca conseguiu planejar com o médico. A gente até tem conseguido planejar e realizar, grupos, mas não é uma coisa muito fácil a gente tem que ficar tentando conseguir um tempinho” (P. AS/C).

Problematizando a questão da falta de tempo, Pekelmam (2008) sinaliza para a denominada militância dos profissionais, que no esforço de realizar os grupos muitas vezes acabam se ocupando da preparação fora do horário de trabalho e em casa. Consequentemente, “é mais fácil desistir e voltar ao velho modelo de assistência, tecnológico e alienado distanciando do usuário” (p.299). Observa-se que etapas importantes para resultados satisfatório das atividades em grupo acabam sendo negligenciadas, tanto pelos gestores quanto também por profissionais quando desvalorizam o momento do planejamento. Neste sentido, Vasconcelos (2006) alerta sobre a seriedade do planejamento, pois resulta em um importante documento que deve considerado um instrumento de luta, negociação e registro da prática.

Sobre a **avaliação** foi observado que não é uma ação da equipe, mas dos profissionais que realizam os grupos:

“A avaliação acontece com todos os profissionais que tiveram a oportunidade de fazer a execução dos grupos” (S. E/C).

É comum a equipe que realizou o grupo se reunir ao final de cada etapa para discutir como foi o seu funcionamento:

“Sempre no final do grupo quando a gente faz uma avaliação, para ver se teve alguma falha nossa, o que podia ser trabalhado mais, o que ficou faltando, ver o que o grupo falou. Assim, sempre quando acaba o grupo a gente discute, aí é o Serviço Social e a Enfermagem” (P. AS/C).

Observa-se nesse relato que apesar da preocupação com o andamento da atividade existe um limite no que tange aos objetivos da avaliação. Na análise das respostas foi possível apreender que quando ocorre a avaliação – restrita aos profissionais que operacionalizaram os grupos – os resultados não se tornam matéria de discussão da equipe. Ao negligenciar este momento a equipe fica impedida de refletir sobre a prática educativa coletiva, no sentido de valorizar este espaço. Deste modo, é necessária a problematização conjunta de situações como esta, com vistas ao avanço do discurso vazio para práticas realmente inovadoras.

Ainda concernente ao aspecto da avaliação das práticas educativas, é importante pensar nos instrumentos de avaliação que podem contribuir para iluminar a ação profissional. Conforme assinala Pedrosa (2001), sem instrumentos adequados que englobam técnicas quantitativas e qualitativas, torna-se difícil avaliar as práticas educativas de forma mais consistente. O autor faz uma referência ao “Manual Para Avaliação de Programas de Saúde editado pelo Center of Disease Control” (p.263), que, conforme sua análise, apresenta um instrumento que pode ser aplicado em projetos ou intervenções de educação em saúde. Entretanto, mesmo que este instrumento aplique-se a projetos de intervenção mais amplos é útil na avaliação do trabalho com pequenos grupos educativos.

Em algumas falas destaca-se, também, o cuidado de reservar um espaço no final das atividades para ouvir a avaliação do usuário. A finalidade é garantir que os participantes do grupo opinem sobre suas impressões e dêem sugestões:

“[...] a gente procura fazer primeiro com o usuário e a partir da avaliação deles a gente tem a nossa também” (P. AS/ D).

Outro profissional destacou também esta preocupação:

“A avaliação é feita no final do grupo para rever se é aquilo mesmo que o usuário quer. Elas melhoram as oficinas, pegam sugestões e no monitoramento agregam as sugestões dos usuários” (S. AS/F).

Com relação à incorporação de **sugestões e demandas** dos usuários para realização dos grupos educativos, observou-se na maioria das respostas que há sim esta preocupação. Foi destacado que isto acontece em todos os espaços de atendimento da UBS, seja ao final dos encontros em grupos, nas caixas de sugestões/críticas ou na escuta individual. A equipe sempre procura conhecer um pouco mais das necessidades e desejos dos usuários e utiliza estas informações no momento de propor ações.

Em uma das Unidades, porém, foi apontada a dificuldade da equipe em considerar as sugestões dos usuários:

“As sugestões são incorporadas em alguns casos. [...]. Muitas vezes a gente está atrelada à estrutura, então tem muita coisa que vai atender que é de cima para baixo, de acordo com a estrutura do serviço” (P. AS/F).

Esta é uma questão importante para reflexão, pois remete a um problema que nem sempre é questionado pelos profissionais. Muitas vezes a equipe não se dá conta de que aquilo que aparece como uma necessidade da população é na realidade uma demanda dos serviços, quando não da própria equipe. Isto sem dúvida pode refletir de diferentes formas, por exemplo, quando se trata dos grupos, na falta de adesão ou de interesse do usuário pelas atividades.

Nas respostas sobre o **grupo de maior impacto**, o de Direitos Reprodutivos é apontado pela maioria dos respondentes. Outro grupo destacado foi o Grupo de Idosos. Entre os menos citados estão: Grupos de Hipertensos; Gestantes; Climatério; Sexualidade na Adolescência; Grupo com Adolescentes; e Grupo do SAD (Serviço de Atenção ao Desnutrido que acontece com os pais e responsáveis).

Os argumentos são diversificados de forma que alguns dos entrevistados relacionam o impacto à frequência, ao número elevado de participantes e a diversidade do grupo de idosos:

“É um grupo numeroso, geralmente vem 14 ou 15 pessoas e são pessoas que tem desde adolescentes até pacientes idosos, então é uma diversidade muito grande” (P. ACS/A).

Outros sinalizam para a busca de lazer e convivência, uma vez que são motivados a buscar atividades oferecidas no próprio bairro:

“[...] por falta de opção de lazer às vezes eles vão não para participar das atividades, mas é para convivência mesmo. Tem sempre um idoso novo chegando que ainda não participaram, eles interagem” (S.TS/B).

Observou-se também que o interesse dos usuários pelos temas discutidos nos grupos converge em impacto. Os entrevistados associam este fato à representação do grupo como

espaço de discussão coletiva, que tende a contribuir para reflexão das condições de saúde e a inserção social dos usuários:

“Porque ele traz a oportunidade da mulher refletir sobre seu corpo, sua saúde e seu papel na sociedade” (S. E/C). “É um grupo que está dando certo é positivo. [...] se tratando de adolescentes a participação é muito boa, são muito politizados fazendo com que as discussões fiquem ricas” (P. AS/E).

Também é revelado nestas afirmativas o entendimento do grupo como espaço de troca de experiências que politiza e fortalece a população na busca de seus direitos. Do ponto de vista de outros entrevistados, o grupo provoca impacto na vida dos usuários quando cria a oportunidade do usuário conhecer coisas que até então não conheciam:

“Vimos nos depoimentos dos idosos assim ‘foi a partir do grupo que eu comecei a viver’; ‘eu não conhecia lugar nenhum em JF porque nunca ninguém tinha me levado para passear, por causa de vocês que eu sei o que é passear’” (S. AS/E).

Em outro trecho, o profissional demonstra isto sob a ótica da troca de conhecimentos:

“[...] São meninas que já tem filhos ou já foram abusadas sexualmente, então quando a gente chega lá tem coisa que elas nunca ouviram falar. Já ouvimos muitas falarem: ‘se alguém tivesse me falado isto antes eu não tinha ficado grávida (...)’” (P. AS/E).

Uma das respostas que chamou a atenção refere-se também ao Grupo de Direitos Reprodutivos. O respondente relata que, na sua avaliação, apesar de ser grande o número de participantes no grupo, não há impacto, pois ele não provoca mudanças na vida dos usuários. A procura por esta atividade está ligada à exigência da participação para a obtenção do Cartão da Mulher ou do Homem. Estes seriam os documentos necessários para o acesso aos métodos contraceptivos e de prevenção de DST's/AIDS fornecidos pelo SUS:

“São mais participantes porque está ligado ao cartão da Mulher porque sabem que sem o cartão não vai conseguir pegar remédio. Agora dizer que as informações que são discutidas no grupo têm impacto na vida da pessoa? Eu acho que não. A gente vê que eles participam e tudo, mas não muda muita coisa” (S. E/D).

Problematizando esta situação, considera-se importante que a equipe faça uma reavaliação, no sentido de refletir quais os objetivos e a contribuição desta atividade. É importante avaliar se este grupo tem representado um espaço verdadeiramente educativo ou se está cumprindo uma mera exigência burocrática. Neste caso, considerando os ensinamentos de Freire apresentado por Ceccim (2007), é necessário impacientar-se diante desta situação, pois o ato de educar não é um ato burocrático, mas um ato político, portanto é necessário refletir sobre “a favor de quem está a política que fazemos” (p.42).

Com relação à **resolutividade** dos grupos (pergunta direcionada somente aos profissionais), foi observado que os grupos de maior impacto conseqüentemente têm boa resolutividade. Dentre as respostas, uma se destacou pela clareza e compreensão do profissional:

“[...] em geral eu acho que a resolutividade do trabalho em educação em saúde é em longo prazo não é uma coisa imediatista que você vê é em longo prazo mesmo. Quando a gente faz avaliação no grupo percebe o impacto na hora, mas a resolutividade é em longo prazo que vai acontecendo, gradativamente. É ao longo do tempo, da história da UBS e do bairro que as coisas vão transformando e aí a gente vai vendo o resultado” (P. AS/E).

É conveniente ressaltar que na prática social o imediatismo é uma ilusão, mas apreender as mediações e contribuir para as transformações sociais é possível e requer capacidade reflexiva e propositiva do profissional, conforme sinaliza Iamamoto (2001). Contudo, a elaboração de projetos, o planejamento, a avaliação das práticas, o diálogo entre os sujeitos envolvidos, dentre outras atitudes, podem contribuir para aprimorar as experiências e superar progressivamente seus limites.

3.4 – Facilidades e Dificuldades

Sobre esta particularidade, pode-se observar nas respostas que diversos fatores **facilitam** o desenvolvimento das atividades coletivas como, por exemplo, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes, conforme descrito nesta fala:

“O que facilita é que os ACS ajudam, colaboram. Eles fazem esta ponte da Unidade com a comunidade e com isto a gente consegue

uma participação boa. Também facilita a comunidade que é muito receptiva” (P. AS/ B).

Nesse caso a adesão dos usuários também facilita este tipo de atividade, além do envolvimento de alguns profissionais que valorizam este espaço, como pode ser observado na opinião deste outro entrevistado:

“A facilidade maior que eu vejo é a vontade e a compreensão de que isto precisa ser feito. A gente tem espaço físico, tem algum material e tem uma equipe que quer fazer e que compreende a importância disto” (S. E/ D).

Outro respondente também faz esta referência:

“O que facilita bastante são as parcerias, é a vontade das pessoas, porque se não tiver vontade sempre vai acontecer um empecilho [...]” (S. E/C).

É importante considerar que essas UBS's possuem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que também aparece em outros relatos como uma facilidade:

“[...] pela questão de ser vinculada à Residência a gente tem muito incentivo na questão de estudo e tem certa cobrança para que aconteça para que tenha o trabalho e união das categorias” (P. AS/D).

Já em outra opinião, é destacado o número de profissionais de Serviço Social e a boa relação entre os preceptores de serviço:

“Aqui na Unidade a facilidade é o número de Assistentes Sociais. É uma coisa boa, é um facilitador. Outra coisa é a boa relação entre os preceptores porque eu acho que as ações educativas são feitas assim também [...]” (S. AS/E).

Aqui as facilidades são relacionadas à condição de Unidade de formação profissional, por contar com um número maior de Assistentes Sociais e outros incentivos.

Notou-se ainda, em algumas opiniões, que a própria diretriz da Estratégia da Saúde da Família representa um facilitador para que as atividades coletivas aconteçam:

“Primeiro eu acho que só de ser uma Unidade de Saúde da Família é uma facilidade, porque o próprio PSF tem nas suas diretrizes este trabalho [...]” (P. AS/E).

Este entrevistado reforça a questão da Residência e o apoio dos ACS e a participação da população.

Em outras respostas observa-se que ter um espaço físico facilita bastante a realização dos grupos educativos:

“O local facilita bastante porque a Unidade tem um salão” (P. AC/A).

“[...] o espaço físico ajuda muito” (P. AS/ F).

Por outro lado constatou-se que são poucas as Unidades de Saúde no Município que possuem espaço adequado para este tipo de atividade. Nas respostas sobre as **dificuldades** para realização dos grupos, esta situação aparece, já que foi apontado pela maioria dos entrevistados que a falta de salão próprio é um dos limites para que nas atividades grupais. Por diversas vezes os profissionais precisam solicitar o empréstimo de salões nas instituições (igrejas, escolas, sociedade de pró-melhoramento, etc.) do bairro, o que é outro problema, pois nem sempre estes espaços estão disponíveis:

“Aqui para mim a maior dificuldade no momento é o espaço que a gente não tem. É preciso recorrer à comunidade, mas não é sempre que o salão pode ser liberado” (S. TE/B).

No que diz respeito aos recursos materiais, foi verificado que são insuficientes e que isto também interfere negativamente na realização dos grupos. No relato seguinte pode-se notar que a situação de precariedade tem impedido que idéias novas ou inovadoras sejam concretizadas:

“As dificuldades são os recursos, falta de incentivo da Prefeitura, espaço físico, infraestrutura. É tudo muito arcaico, as cadeiras que as pessoas assentam são ruins, o refrigerante que se serve é ruim, tudo é de péssima qualidade porque não tem mesmo. Você não tem um recurso material adequado para um trabalho destes, não tem mesmo. Às vezes idéias excelentes não são colocadas em prática por causa de recursos materiais, ou são banalizadas pela precariedade

do material utilizado e não chega ser uma coisa interessante“ (S. AS/E).

Essa situação gera alguns problemas para os profissionais, porque na maioria das vezes para cumprirem as exigências de protocolos, acabam arcando com as despesas. De acordo com o trecho seguinte, frequentemente eles empregam *dinheiro* próprio para que os grupos aconteçam:

“Faltam insumos e os profissionais usam o próprio dinheiro para comprar material [...]” (P. AS/F).

Este problema foi citado pela maioria dos profissionais e diz respeito à realidade de todas as Unidades pesquisadas:

“Agora a dificuldade é que nem sempre nós temos o material necessário [...]. A Prefeitura não tem recursos para isto, nós temos que comprar com nosso próprio dinheiro ou é alguém que ajuda [...]” (S. TE/A).

Conforme se constata em muitas secretarias municipais e estaduais de saúde, as atividades educativas não são prioridades dos gestores e, em consequência, não são destinados recursos adequados a elas. Segundo Vasconcelos (2007), com um discurso vazio, a maior parte dos gestores defende a importância da ação educativa, mas sem investir sequer na política de saúde que favoreça a difusão do saber da Educação Popular. Na passagem, o autor destaca duas prefeituras – Recife e Camaragibe – nas quais as experiências com investimentos na formação profissional e na criação de infraestrutura institucional têm contribuído com as condições materiais e administrativas na realização das atividades educativas.

Além da falta de espaço físico e de recursos, existe outra dificuldade que se refere à disponibilidade de tempo dos profissionais. No entendimento dos entrevistados, o grupo deve contar com a participação de todos os profissionais, porém, devido à grande demanda por atendimento individual, isto não vem ocorrendo:

“A dificuldade é também a disponibilidade de todos os profissionais, porque às vezes o grupo demanda que vá o médico ou a enfermeira e eles não têm tanta disponibilidade, porque a demanda interna às vezes atrapalha [...]” (S. TE/B).

A falta de tempo da equipe para se dedicar a este tipo de atividade, fenômeno já destacado em outro momento no texto, aparece aqui como entrave para o andamento dos grupos. Pode-se verificar que esta situação está ligada também à valorização e à exigência institucional por atendimentos individuais. Há, contudo, de acordo com a fala seguinte, a percepção de que é necessário problematizar esta situação:

“As dificuldades que eu acho que é mesmo estar priorizando estas ações de educação em saúde, de prevenção e promoção da saúde. Acho que deveria haver mais atividades educativas ao invés da gente ficar preocupada com a demanda e esquecer as atividades educativas.” (P. AS/C).

Outra situação que chama a atenção refere-se à resistência dos usuários a alguns grupos educativos. Um dos relatos enfatiza a cultura do imediatismo como fator que provoca este fenômeno, conforme ilustra o trecho seguinte:

“A dificuldade que eu coloco e que a gente encontra e eu acho muito grande é a cultura hoje da nossa população que é muito imediatista. Então ela quer resolver a coisa na hora de preferência com remédio, ela não tem o hábito de se cuidar, então quando você fala em educação para esta comunidade significa você fazer mudanças na sua vida nos seus hábitos diários para que tenha uma melhor qualidade de vida. Mas, nesta hora você esbarra na cultura, eles não vêm ao grupo porque é muito mais fácil tomar o remedinho do que diminuir o sal da comida, isto falando do hipertenso. O remedinho vai lá toma e pronto, a vida dele está normal [...]”. (S.E/D).

Considerando o trecho anterior é possível perceber características do modelo tradicional, que controla e culpabiliza o usuário pela sua condição de saúde ou de doença. Este tipo de compreensão além de levar às generalizações, desconsidera os determinantes que impedem a mudança de vida das pessoas. Em muitos casos é importante avaliar que o uso da medicação é o caminho mais fácil para o usuário, e isto não pode ser visto como algo negativo. Pelo contrário, esta postura evidencia o cuidado com a saúde, a partir do ponto de vista do usuário, que pode ser diferente da visão do profissional.

A falta de interesse em participar dos grupos é um fenômeno que também merece ser problematizado, pois aquilo que parece interessante para o profissional pode não ser para o usuário. Sabe-se que, frequentemente, os grupos objetivam o repasse de orientações aos

usuários, sobre o que precisam fazer ou deixar de fazer para melhorar a saúde. Porém, nem sempre as pessoas estão preparadas ou desejam mudar seus hábitos. Isto, portanto, pode ser uma pressão a mais, ao se sentirem incapazes de modificar seus estilos de vida, daí a resistência em participarem destes espaços. Neste sentido, é importante que os profissionais revejam o processo de avaliação dos grupos, para refletir sobre como ele é feito e determinar quais as melhores estratégias para conhecer mais as razões da resistência.

É fato que as possibilidades objetivas e subjetivas de que dispõem os usuários limitam o cuidado com a saúde. As condições financeiras para aquisição de alimentos que fazem parte da dieta do hipertenso ou o próprio desejo de continuar consumindo aquilo que se gosta pode ser um exemplo disto. Nestes casos compete à equipe de saúde ficar atenta para a realidade de vida do usuário e buscar com ele, e a partir dele, novas formas de intervenção e alternativas para as dificuldades encontradas. Para isto, é importante que o profissional tenha conhecimento, sensibilidade e, principalmente, condições de trabalho, caso contrário continuará limitado ao modelo prescritivo, citado na entrevista.

Por outro lado, na sequência da resposta deste entrevistado, pode-se perceber que há o entendimento de que o cuidado com a saúde tem sido cada vez mais difícil, até para os próprios profissionais de saúde:

Nós, de uma forma geral não estamos acostumados a cuidar de nós mesmos. Se a gente leva para nós profissionais a gente faz a mesma coisa, é mais fácil a gente ir para o lado curativo do que preventivo. Hoje o que a gente tem? Um trabalho que exige muito, uma carga horária muito grande aí você não se cuida, aí você começa almoçar fora de casa, come um sanduíche ou uma porcaria, aquela alimentação saudável que nossos avós tinham você não tem condições de ter mais. Muitas casas hoje não têm comida, arroz, feijão porque toda família almoça fora. Agora tem uma dificuldade que é de formiguinha porque é a cultura, não só aqui em JF, mas no Brasil, é curativista. A mudança é muito grande é muito ao longo prazo é cultural. Quem sabe daqui mais quatorze anos. “Não é só a Saúde, são os vínculos trabalhistas, a educação, etc.” (S.E/D).

Observa-se no fragmento acima um destaque importante acerca da dificuldade que as pessoas têm no cuidado com a saúde. A falta de tempo ocasionada pelo acúmulo de trabalho e outras atividades não favorece nem ao próprio profissional de saúde a manter hábitos mais saudáveis ou atividades benéficas à sua saúde. Esta situação muitas vezes ocorre por razões ligadas à própria complexidade da sociedade contemporânea. É nestes tempos de *mundo*

globalizado que o estresse do cotidiano das grandes cidades tem provocado ansiedade na população. Hoje as maiores preocupações da maioria da população é manter-se empregado e fugir da violência. Seguramente o profissional de saúde não está imune a essa pressão cotidiana. Aliando isto às condições de trabalho, muitas vezes precárias, e o volume excessivo das necessidades de saúde da população, é certo que se não houver apoio o profissional tenderá a uma atuação meramente mecânica, respondendo apenas às exigências dos protocolos, com tarefas rotineiras e desfocadas da realidade dos usuários.

Diante disso, apesar do entendimento sobre a importância do profissional para a efetivação do novo modelo de atenção à saúde, os entrevistados apontam que não se sentem estimulados a uma prática inovadora. Ao serem perguntados sobre o **incentivo** para a realização de grupos educativos, foram unânimes em responder que não existem e justificam suas respostas pelo descaso da Prefeitura com as dificuldades que enfrentam. Destacam que não vêem a preocupação do gestor em solucionar os problemas, como a falta de recursos humanos, materiais e de espaço físico. Ao contrário, a precariedade tem aumentado, obrigando os profissionais a tomarem suas próprias providências, conforme se verifica nesta fala:

“Da Secretaria só alguns materiais que vem. Os recursos financeiros a gente dá sempre um jeitinho entre nós, a gente faz a famosa vaquinha para comprar as coisas e contamos com as doações da comunidade” (P. ACS. /A).

Essa realidade também é citada em outra entrevista:

“A gente tem enfrentado problemas e mais problemas, porque a gente sabe que para manter um grupo de educação em saúde tem despesas e muitos grupos aqui tem sido mantidos com vaquinha dos profissionais e com o dinheiro da residência. Se a gente tem conseguido realizar os grupos é porque a gente se vira aqui e vai por outros caminhos porque a Secretaria não tem. Deve está acontecendo isto nos outros lugares não só aqui. Aqui ainda é melhor por causa da residência” (P. AS. /E).

No depoimento acima nota-se ainda que nas Unidades de formação profissional, conforme citado também em outros momentos deste texto, a situação é melhor quando se trata

dos incentivos. É possível a equipe de saúde utilizar recursos do Programa para realização dos grupos, sejam eles materiais, técnicos ou teórico-metodológicos.

Em outros relatos observa-se que são exigidos resultados da equipe, independente das condições que dispõem para a realização do trabalho, conforme exemplificado nesta fala:

“[...] a gente tem que apresentar resultados e se virar como a gente pode. Quer dizer, tem que apresentar o trabalho, mas independente de como a gente vai fazer isto. Eles querem números, infelizmente se a gente for analisar é assim, porque não é de hoje nossa dificuldade” (S. TS. /B).

Na mesma linha, outro entrevistado destaca a cobrança por quantidade de atendimentos:

“Na verdade os grupos que são desenvolvidos são muito mais pela força de vontade de quem faz, por empenho dos profissionais do que propriamente por questão de incentivo, porque o número de atendimentos continua o mesmo o número de tarefas continua o mesmo. Agora [...]! Então em termos de incentivos eu não considero que tenha incentivos para grupos não, pelo contrário, tem mais coisas para a gente não realizar o grupo, mais motivos para a gente não realizar do que realizar” (S. E /C).

Neste trecho observa-se a coerência com a questão da produtividade, mas no sentido quantitativo, o que destoia da proposta de se produzir “novos modelos tecnoassistências que possam se contrapor – em termos de eficácia e resolutividade – ao modelo altamente custoso e pouco efetivo do projeto médico hegemônico (neoliberal) dos serviços públicos e privados de saúde [...]” (MERHY, 1997, p.129).

A dificuldade com relação ao espaço adequado para realização dos grupos aparece novamente na fala dos entrevistados, porém agora relacionado à falta de incentivo, conforme se verifica no fragmento seguinte:

“Espaço físico se a gente precisar tem que conseguir com a população, não tem intermédio da Secretaria. Não tem recursos financeiros, nem carro se você precisar de um para locomover os profissionais ou transportar o material. Nenhum recurso nem para um lanche e nada, eu considero que não tem incentivo”. (P. AS. /D)

Conforme observado ao longo desta análise, se a organização dos serviços tende à lógica da produção de atendimentos individuais/consultas, é muito provável que as atividades que fogem à regra sejam tratadas com menor importância. Daí, não se tem a preocupação de destinar recursos, dificultando o desenvolvimento dos grupos. De acordo com Pelkelmam (2008, p.299), “quando as atividades educativas e participativas não são reconhecidas pelos gestores como trabalho integrante do cotidiano dos profissionais, ficam muito frágeis e reduzem as possibilidades de realização e institucionalização destas novas práticas em saúde” .

4.5 – Projeto Municipal de Educação em Saúde

A proposta de elaborar um diagnóstico do modelo de educação em saúde no Município conduziu à indagação sobre a política que orienta estas práticas. Partiu-se da premissa, pela própria experiência da autora, da inexistência desta normatização, porém optou-se por perguntar aos entrevistados com o objetivo de confrontar aquilo que se presumia com a opinião dos profissionais, bem como com a possibilidade de exemplificar esta situação de forma objetiva. Na análise das respostas pode-se confirmar a suposição inicial, já que todos os informantes relataram que desconhecem a referida política, conforme ilustram os trechos abaixo:

“Eu acredito que não porque a gente como Unidade Básica se existisse saberíamos” (P. AS/ E).

“Não tem nada” (S. AS/ E).

“Isto é cobrado, mas não tem. Acho que não tem não. Eu não conheço” (P. AS/ B).

“Eu nunca li nenhum documento da Prefeitura que falasse sobre isto eu acredito que esteja dentro da Atenção Básica que tem alguma coisa falando sobre isto [...]” (P AS. / C).

“Olha eu sei de algumas pessoas que elas trabalham, agora se a função delas é trabalhar com educação em saúde ainda é muito tímida. Então eu posso afirmar que eu não conheço que aqui no Município tenha uma área destinada a educação em saúde para

população, talvez tenha em Educação Permanente para os profissionais” (S.EC).

Observando essas afirmativas e considerando a análise de respostas anteriores, tem-se a visão de que as práticas educativas em saúde do setor da Atenção Primária, do Município de Juiz de Fora, guiam-se basicamente pela legislação federal. No que se refere aos programas específicos, como por exemplo, Saúde da Mulher, Hipertensão e Diabetes, há relatos de que são elaborados protocolos próprios para orientar as práticas nos três níveis de atenção (primário, secundário, terciário). Mas, mesmo nestes casos, a construção dos protocolos é conduzida a partir das diretrizes do Ministério da Saúde.

Seguindo nesta linha, de enveredar pelo projeto municipal de educação em saúde, perguntou-se aos entrevistados se para a realização dos grupos educativos havia alguma **orientação** da coordenação da Estratégia de Saúde da Família e de que forma isto era feito. Analisando as respostas, pode-se constatar que a metade dos entrevistados informa que não existem as orientações, enquanto os que afirmam que sim relatam que o objetivo é orientar a atuação da equipe para as campanhas, como o combate a dengue, a rubéola, entre outras:

“Quando a gente recebe é só quando tem alguma coisa na cidade, alguma coisa do Estado como a questão da rubéola, questão da dengue; quando tem alguma coisa que necessita de mais intervenção da equipe de saúde. Por exemplo, no caso de epidemia, aí eles orientam que seja mais trabalhado isto, mas de outro grupo, de outras intervenções não. É sempre voltado para a doença [...]” (P. AS/ C).

Essa forma de investir na mobilização da população para campanhas foi apontada por Vasconcelos (2007) e demonstra que a situação vivenciada em Juiz de Fora não é um caso isolado. Gestores de diferentes secretarias de saúde (estadual e municipal) têm investido mais neste tipo de ação do que na “reorientação cultural” que se efetiva no interior dos serviços de saúde. O autor sinaliza que esta realidade liga-se à preocupação com o *marketing* institucional das lideranças políticas.

A fala de outro profissional demonstra que a falta de planejamento e acompanhamento das equipes pela própria gestão central reflete na organização das Unidades:

“[...] o planejamento é o que você vai seguir, ele não me trava. É a coisa que sinto mais falta nesta Secretaria. Hoje é esta bagunça, você

não tem planejamento você pode fazer o que quiser. Se quiser plantar bananeira aqui eu planto que lá me baixo não vão saber. Se não quiser fazer nada, ou grupo nenhum, eu não faço. É só lançar” (S. AS/ E).

Outras respostas assinalam que as orientações, muitas vezes voltadas para a avaliação das equipes, têm o objetivo de confirmar a realização das atividades coletivas. O que os profissionais destacam é que não há preocupação, por parte da Coordenação da ESF, com a qualidade destas atividades. Existe a cobrança no sentido quantitativo, pois é exigida a realização dos grupos independente das dificuldades que a equipe enfrenta para desenvolvê-las:

“Existe o que é solicitado em nível de Ministério. Espera-se que se façam grupos disto, espera-se que se faça grupo daquilo e tal e tal. Mas quem faz quem desenvolve e quem detecta as necessidades, a periodicidade, que acaba formatando isto são as UBS’s. Existe uma cobrança se este grupo é feito ou não, mas mesmo assim são cobranças muito simples, muito esporádicas, muito mais para ver números do que ver qualidade ou do que ver realmente se aquele grupo é um grupo educativo ou uma palestrinha, ou seja, lá o que for. Então o que eu sei, no Município é que cada lugar trabalha da forma como cada pessoa sabe trabalhar” (S. E/ C).

Na fala desse profissional avalia-se que a gestão da ESF não tem se comprometido com modelo de educação em saúde pautado nos princípios da Educação Popular. Pois, sabe-se que para promover mudanças nas práticas educativas é preciso considerar uma série de fatores que englobam também o apoio às equipes. Este apoio por sua vez diz respeito a outros elementos como: investimento na formação do profissional; remuneração; condições materiais para o trabalho; acompanhamento e avaliação da atuação dos profissionais, dentre outros. Ao deixar de considerar estes elementos tende-se à manutenção de práticas fragmentadas, alienadas da realidade dos usuários e que muitas vezes são implantadas por “atos voluntários de alguns atores institucionais, muito deles grupos constituídos, como corporações profissionais”, conforme sinaliza Mehry (1997, p. 128).

Foi perguntado também a quem o profissional ou a equipe recorre quando necessita de **orientação e recursos** para desenvolver as atividades coletivas educativas. Foram identificadas situações diferentes. Com relação às respostas dos entrevistados que compõem o grupo de profissionais da equipe, observou-se que a maioria recorre tanto aos supervisores da

UBS, como aos preceptores de serviço, quando se trata das Unidades com Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Além destas referências apontaram como ponto de apoio outros profissionais da própria equipe e a comunidade. Sinalizaram que normalmente são atendidos e que se sentem satisfeitos:

“A gente pede ajuda a Assistente Social, à médica e, em termos de recursos a gente pega na UBS e na comunidade. Sempre que possível a gente consegue. Quando não dá a supervisora ajuda” (P. ACS/A).

Num outro fragmento observa-se também esta afirmativa:

“A gente recorre aos preceptores de Serviço Social e Enfermagem, já que os grupos estão sendo desenvolvidos por estas duas categorias atualmente. Então nesta parte de grupos sempre quando a gente tem dificuldades conversamos e recebemos as orientações, eu avalio como positivo” (P. AS/C).

Na análise das respostas dos supervisores, verificou-se que estes buscam apoio na própria Secretaria Municipal de Saúde, além dos Institutos como o de Saúde da Mulher e do Idoso, quando se trata de resolver uma questão técnica ou solicitar algum material. Às vezes recorrem à própria equipe na falta de recursos materiais e às instituições da comunidade na solicitação de espaço físico para realizar os grupos. Aparece também nas respostas dos profissionais das UBS's com PRM que o NATES/UFJF é um ponto de apoio para as equipes, tanto no que se refere aos insumos quanto na parte técnica.

“Se for folder, esse tipo de coisa às vezes a gente consegue na Secretaria. A Secretaria que eu digo é no departamento próprio. Vamos supor que eu vá fazer um grupo de saúde da mulher, indo no Instituto, às vezes, posso conseguir lá. Agora recursos mesmos de material a gente consegue pela UFJF porque o NATES manda para a gente, fora isto não tem. Quando é um lanche, por exemplo, é vaquinha mesmo, porque não tem” (S. E/D).

Em outro depoimento, pode-se observar que o apoio de instituições não ligadas à Prefeitura justifica-se pela escassez de recursos para as atividades coletivas. Destaca-se o apoio de instituições do próprio bairro:

“A gente recorre à comunidade você pode ver que a Unidade não tem como fazer um grupo porque não tem espaço. Contamos com a

Igreja, com a Escola de Samba e Garagens. Com relação às demais orientações a gente tem a UFJF que ajuda bem” (S. AS/E)

Observa-se novamente que a falta de espaço físico e demais recursos é uma preocupação constante dos profissionais que realmente querem contribuir para a transformação do modelo de assistência à saúde. Porém, diante destas condições, será preciso uma luta coletiva para que os fundamentos da Educação Popular em Saúde saiam do discurso para, verdadeiramente, imprimir mudanças nas práticas grupais.

Outro aspecto pesquisado diz respeito aos **fóruns e encontros** das equipes de saúde para troca de experiências. Constatou-se na maioria das respostas que já ocorreram alguns encontros, mas atualmente não são realizados. Foi destacado que há um encontro anual de Atenção Primária à Saúde, porém organizado pelo NATES/ UFJF. Encontros organizados e sustentados pela Secretaria Municipal de Saúde hoje não existem, conforme exemplificado nos trechos seguintes:

“São muito raros, eu me lembro que houve uma ou outra amostra sobre Atenção Primária à Saúde. O último foi há pelo menos uns três anos. Foi o encontro de APS do Município. A gente aproveita muito os encontros de APS do NATES, mas organizado, sustentado e referendado pelo Município não tem” (A. E/ C).

Outro profissional também revela esta realidade:

“Realmente já houve, mas não tem feito. Estes encontros são de uma valia muito grande porque é interessante você trocar experiências [...]” (S. TE/ B).

Com base na fala anterior, observa-se que há reconhecimento da importância dos encontros entre UBS's e que a falta destes impede a troca de experiências. Por outro lado, ressalta-se que propor e lutar por estes espaços pode ser uma forma de coletivizar as dificuldades e buscar caminhos e soluções para a melhoria dos serviços como um todo.

Apesar das incertezas e dúvidas diante das dificuldades, há profissionais que continuam acreditando e buscando formas diferentes de se trabalhar na saúde, especialmente quando se trata das práticas educativas. Conforme se previa, também pela vivência da autora, foi revelado na pesquisa que alguns profissionais, contrariando todas as dificuldades de estruturas, condições de trabalho precárias e alta demanda por atendimentos, procuram

desenvolver uma prática educativa para além do modelo tradicional. Considerando a importância do empenho destes profissionais, no próximo item serão descritos alguns pontos acerca de uma destas experiências.

4.6 – Na Busca da Consolidação do Modelo Crítico

Conforme apresentado no primeiro capítulo desta dissertação, a Educação Popular em Saúde – EPS – é uma expressão da perspectiva crítica da educação em saúde que abarca saberes e práticas, voltados para valorização do indivíduo e emancipação humana. Os princípios norteadores da EPS foram fontes teóricas nesta pesquisa, além de referência para a compreensão do modelo de educação em saúde presente nos serviços de Atenção Primária à Saúde no Município.

Do ponto de vista dos grupos educativos desenvolvidos nas UBS's pesquisadas avalia-se que, apesar de incorporar princípios do modelo crítico, a realização da educação em saúde nestes espaços pouco avançou, no sentido de minimizar os impactos do modelo tradicional. O fato é que a Educação Popular em Saúde não é uma estratégia de gestão municipal, desta forma fica difícil consolidar práticas consoantes com este modelo. Ou seja, a organização da política de saúde em Juiz de Fora assume uma direção desfavorável à realização de práticas educativas nos moldes mais críticos.

É certo que a Educação Popular em Saúde encontra terreno fértil nas práticas educativas coletivas operacionalizadas na ESF, porém quando permanece na superfície da intencionalidade ou da boa vontade de um grupo de profissionais as mudanças tornam-se um desafio. É difícil alterar um modelo hegemônico centrado no aspecto biológico e curativista sem investimentos, “tanto na formação profissional para transformação cultural e política dos padrões das práticas educativas, como na criação de infraestrutura institucional que garanta condições materiais e administrativas para a realização de atividades educativas”, conforme sinaliza Vasconcelos (2007, p. 26).

É necessário esclarecer que mesmo com dificuldades têm acontecido trabalhos importantes e que dizem respeito às experiências de equipes de saúde das UBS's pesquisadas. As atividades se destacam pelo esforço dos profissionais na realização de grupos educativos que contribuem para participação ativa do usuário, ao envolvê-lo no processo do cuidado e promoção de sua própria saúde. Dos diferentes grupos cujo enfoque crítico é norte para ação

dos profissionais, pode-se tomar como exemplo dois: um direcionado aos **Idosos** e outro à **Criança e ao Adolescente**.

É importante enfatizar que essas experiências não são únicas, mas trazem exemplos de que é possível construir propostas que possam repercutir em mudanças na própria política municipal, no sentido de consolidar o enfoque crítico da educação em saúde. A utilização dos dados dos grupos em questão se deu por duas razões: a primeira razão é por fazerem parte das atividades desenvolvidas em uma das Unidades pesquisadas, de forma que foi possível obter informações sobre a operacionalização destes grupos; A outra razão faz relação com a existência de um relato destas experiências em um trabalho²⁸ recente no qual estão dados importantes sobre o desenvolvimento dos grupos.

No que se refere ao grupo com **Idosos**, de acordo com as informações elencadas nas entrevistas e no trabalho citado, o passo inicial para elaboração do projeto partiu dos Agentes Comunitários de Saúde. O que motivou estes profissionais foi a constatação de que um elevado número de idosos, da respectiva área de abrangência da Unidade, não dispunham de atividades que pudessem participar de forma a contribuir para a melhoria da saúde.

Conforme Bigogno (2008), partindo da proposta inicial de criação de um “espaço de socialização de informações e integração dos idosos”, foi possível consolidar o grupo cujo nome é *Redescobrimo os Sentidos* e que realiza diferentes atividades. São momentos de discussão e reflexão sobre temas variados incluindo aqueles relacionados ao processo de envelhecimento. Também são priorizadas as oficinas lúdicas para trabalhar os temas, a realização de trabalhos manuais e de música com a organização de coral, passeios a pontos turísticos do Município, festas temáticas ligadas ao folclore, entre outras atividades que contribuem para uma experiência mais ativa destes usuários. Com este trabalho, os profissionais buscam avançar da mera formalidade de repasse de orientações e informações sobre as doenças e os cuidados necessários, para a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas, garantindo melhor qualidade de vida dos usuários idosos. Um dos aspectos relevantes observados na realização deste grupo, além do resgate da autoestima e, conseqüentemente do cuidado com a saúde, é a valorização da capacidade do sujeito para construir sua própria identidade e reforçar sua autonomia, independente da fase de vida em que se encontra.

²⁸ Trabalho de Conclusão de Curso: A Prática Educativa na Atenção Primária em Juiz de Fora: O Caso da Unidade Básica de Saúde Progresso, 2008. Autora: Antoniana Dias Defilippo Bigogno.

Nesta mesma linha destaca-se o grupo que tem como público alvo **crianças e adolescentes** e é realizado na mesma UBS do grupo com idosos. Este grupo surgiu da realização de um projeto de extensão²⁹ ligado à Faculdade de Serviço Social – FSS/UFJF e ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Esta parceria foi o principal impulso para a consolidação do *Projeto Arte e Progresso* nos moldes em que se encontra hoje. Segundo o relato de Bigogno (2008, p. 43), o principal objetivo do grupo “é o fortalecimento da representação e participação da comunidade na perspectiva da promoção da saúde”. O Projeto abarca três subprojetos: *RECRIARTE*, *ATUARTE* e *CINEDEBATE*, que têm como atividades principais o artesanato, teatro e o cinema. Priorizam-se ainda espaços de discussão e reflexão acerca de temas afins ao público infanto-juvenil. O formato lúdico das atividades possibilita o desenvolvimento de habilidades, aprendizagem, convivência, lazer, entre outras, que contribui para desenvolvimento da percepção crítica deste público acerca da realidade vivenciada.

Essa importante iniciativa também expressa a valorização do protagonismo deste público ao envolvê-lo, por meio de uma linguagem lúdica, na luta por melhores condições saúde e de vida. A importância disto também está relacionada à maneira com que se tem percebido o potencial destes jovens, muitas vezes estigmatizados pela inserção social. Normalmente, a condição de adolescentes e moradores de periferia invoca o senso comum das pessoas, levando às generalizações que associam a *juventude* e a *pobreza* à marginalidade. Portanto, resgatar estes indivíduos como sujeitos sociais que podem intervir e mudar a sua realidade é significativo, pois avança no sentido do mero repasse de informações e orientações, a exemplo, como fazer o uso correto de preservativos.

As experiências supracitas demonstram que atividades que envolvem diferentes expressões socioculturais, como teatro, música, cinema, artesanato, constituem estratégias importantes no enfoque da Educação Popular em Saúde.

Segundo Valla (1993) citado por Albuquerque & Stotz (2004):

As propostas da Educação Popular em Saúde superam o próprio setor da saúde ao buscar a formação crítica dos representantes da sociedade civil de caráter popular, colaborando pra aumentar a consciência e compreensão das condições de vida e relações existentes com a saúde, subsidiando movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social. (p. 269).

²⁹ Projeto de Extensão: *Promoção da Saúde - Construção Compartilhada*

4.6.1 – A Importância do Assistente Social no Desenvolvimento dos Grupos Educativos

Este item não estava previsto inicialmente, porém no transcorrer da elaboração da Dissertação um dado que chamou atenção foi o envolvimento dos Assistentes Sociais em todas as atividades educativas coletivas. Conforme se observou nas UBS pesquisadas, os profissionais de Serviço Social são os principais articuladores destas atividades e, em muitas situações, os únicos que elaboram projetos, planejam e conduzem os grupos. É importante lembrar que embora os Assistentes Sociais não façam parte da equipe mínima da Saúde da Família, estão inseridos em 21 (vinte e uma) equipes de saúde do Município, sendo um total de 35 (trinta e cinco) profissionais, incluindo os residentes de primeiro (R1) e de segundo ano (R2). Este dado é interessante no sentido de que a inserção deste profissional nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora vem desde a década de 1970, conforme apresentado no segundo capítulo desta Dissertação. Entretanto, o aumento do número de UBS's e de equipes de saúde (hoje 84 equipes) não significou aumento de Assistentes Sociais.

Historicamente no Brasil a expansão da profissão ocorreu na década de 1940, sendo a área de saúde o principal campo de absorção dos Assistentes Sociais. Entretanto, somente no início dos anos 90 do século XX que é apresentado aos Assistentes Sociais diferentes demandas nesta área, isto é, a partir do movimento da Reforma Sanitária. De acordo com Bravo (2006), a “[...] busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático e estímulo à participação cidadã”, são questões a serem trabalhadas pelos profissionais do Serviço Social.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS – a organização dos serviços passa por mudanças significativas e no que se refere à atenção básica, a implantação das equipes de Saúde da Família e representa a mudança da lógica da assistência à saúde – antes voltada para a cura da doença – que busca atenção integral à família, à prevenção e à promoção. Assim, conforme Amoroso Lima et al (2006, p. 353):

As mudanças imprimiram novas características aos processos de trabalho das diferentes profissões que atuam nesta área, entre elas a do Serviço Social, exigindo dos assistentes sociais o domínio das particularidades e dos fenômenos singulares da questão social na dimensão da saúde, em níveis municipal, regional e nacional.

O papel do Assistente Social pode ser pensado sob o ponto de vista da contribuição deste profissional na concretização do conceito ampliado de saúde, quando se consideram os aspectos socioculturais, políticos e econômicos, como elementos determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

Conforme os resultados da pesquisa, na ESF em Juiz de Fora, a atuação do Assistente Social está voltada, basicamente, para as atividades de educação em saúde. Porém, sua prática realiza-se muitas vezes de forma conflituosa no processo de trabalho e, isto tende a ocorrer devido a vários fatores relacionados à própria conjuntura de crescimento da demanda social e retração dos direitos sociais. Há uma precarização dos serviços de saúde que implica na diminuição dos recursos institucionais e reforço da lógica de produtividade. Portanto, o desafio de realizar os grupos educativos, conforme apresentado nos itens anteriores, também está relacionado à ausência de projetos comuns entre o profissional e a equipe multiprofissional, dificultando a consolidação do trabalho interdisciplinar como um dos princípios norteadores da ESF.

A presença do Assistente Social na equipe de Saúde da Família tem demonstrado relevância, fundamentalmente pela sua capacidade de estabelecer a relação direta com os usuários, facilitada pela *linguagem* “instrumento básico de trabalho” (Iamamoto, 2001b, p. 97). No que se pode notar, este profissional tem sido o principal responsável na busca de alternativas criativas para realização de trabalhos com os grupos educativos. Portanto, é importante que o referido profissional esteja preparado para este tipo de tarefa. É necessário, segundo Vasconcelos (2002), requisitos básicos para que o Assistente Social possa realizar, no campo da saúde, um trabalho voltado para os reais interesses e necessidades dos usuários. O profissional capacitado, considerando o referencial teórico-metodológico, ético e político da profissão, assume criticamente este espaço ocupacional e tem condições de identificar os limites e as possibilidades de enfrentamento das dificuldades.

Assim, torna-se imprescindível a mobilização de toda categoria profissional, uma vez que a situação vivenciada pelos Assistentes Sociais das UBS's do Município, com vistas a garantir apoio ao trabalho que já vem sendo realizando. Além disto, mobilizar-se na luta por novas inserções nas equipes que ainda não contam com este profissional. Acredita-se que a contribuição dos Assistentes Sociais em conjunto com as demais categorias pode ser fundamental na consolidação da Educação Popular em Saúde na ESF de Juiz de Fora.

De acordo com os resultados do estudo, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem sido o diferencial no trabalho das UBS's, apesar de não estar isenta de

problemas³⁰. A contribuição liga-se à oportunidade de capacitação profissional, uma vez que se refere ao treinamento em serviço e ao aumento de profissionais nas UBS's (inclusive de Assistentes Sociais) possibilitando a realização de diferentes atividades. Hoje, conforme relatado no capítulo anterior, somente três Unidades de Saúde contam com este Programa e são nestas UBS's que se encontram o maior número de grupos educativos implantados e que apresentam propostas próximas do modelo crítico de educação em saúde.

É importante ressaltar que o diferencial do trabalho nas Unidades de Residência deve-se também à parceria entre a Rede de Educação Popular em Saúde – REDEPOPSAÚDE – e a Revista Atenção Primária à Saúde – APS – ligada ao Núcleo de Acesso, Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES. Observou-se que esta parceria vem contribuindo para ampliar o apoio às equipes de saúde, ao favorecer o debate teórico, compartilhar idéias, fomentar reflexões e divulgar experiências, que buscam transformar as práticas educativas autoritárias através de estratégias pautadas na diretriz teórico-metodológica da Educação Popular em Saúde.

³⁰ A questão do vínculo, princípio fundamental da ESF pode ser destacado como um problema da Residência, pois a característica do contrato temporário interfere neste processo. De dois em dois anos novos profissionais são inseridos nas equipes e isto acaba provocando uma descontinuidade do trabalho e leva mais tempo para o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta Dissertação torna-se relevante destacar os achados oriundos das formulações teóricas e principalmente do conhecimento adquirido através da pesquisa de campo acerca do pensamento dos sujeitos envolvidos diretamente com o processo de educação em saúde. De forma mais ampliada, todos os itens aqui abordados já foram mencionados no conjunto da obra. Entretanto, como exercício de reforço argumentativo vimos a considerar, a seguir, aspectos-chaves da investigação realizada.

O estudo demonstrou que a consolidação do modelo crítico de educação em saúde nos serviços públicos necessita de investimento nos diferentes campos, como por exemplo, na estrutura institucional, na formação profissional e na organização do processo de trabalho.

Com a análise crítica da literatura sobre o tema pudemos observar que nas últimas décadas no Brasil houve avanços, especialmente no que se refere às reflexões teóricas que orientam as práticas educativas em saúde. E ainda, que a Educação Popular em Saúde expressa a perspectiva crítica de se educar em saúde e representa um instrumento de reorientação das práticas, além de ser estratégia fundamental para tornar efetiva a diretriz constitucional do SUS, que é a participação popular, conforme defende Vasconcelos, (2007). Temos também a destacar que a Educação Popular na saúde contribui na luta em defesa dos direitos do usuário, ao favorecer o fortalecimento da relação entre instituição de saúde, população e movimentos organizados.

Porém, nos foi possível observar que apesar dos avanços, o pensamento de que a educação em saúde pode ser realizada sem a participação popular, sem planejamento ou de qualquer forma, se cristaliza em alguns espaços. Além disto, a lógica da produção de ações assistenciais de caráter clínico/curativista – principais captadoras dos recursos financeiros do setor – priorizadas por muitos gestores interfere negativamente na destinação de recursos, para as atividades educativas coletivas.

Outro dado a considerar é o de que as práticas de educação em saúde desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família no Município de Juiz de Fora demonstram avanços e fragilidades. De acordo com que foi verificado na pesquisa, o esforço dos profissionais na busca pela consolidação de práticas educativas que possam superar o modelo normatizador da educação em saúde, esbarra em limites estruturais e conjunturais.

Outra questão que apareceu na pesquisa relaciona-se à dificuldade na incorporação de atividades coletivas no cotidiano de trabalho. A falta de recursos materiais e financeiros, de

espaço físico, de capacitação profissional, de tempo, ou a prioridade nos atendimentos individuais, representam os principais obstáculos para as atividades em grupo.

Também constatamos que a política de saúde no Município reflete as mudanças e os impactos do contexto nacional, embora com particularidades históricas. A título de ilustração apontamos que a troca de gestores da saúde, que ocorre a cada novo governo municipal, representa alterações sensíveis na organização dos serviços. Tais alterações se manifestam na descontinuidade do trabalho iniciado pela gestão anterior e podem provocar retrocessos, dependendo da orientação política do gestor.

Ao avaliar a especificidade do projeto municipal de educação em saúde observamos que o modelo crítico, expresso pela Educação Popular em Saúde, não é uma estratégia da gestão. Ao contrário, o projeto político existente não favorece a consolidação deste modelo. A constatação destes limites ou desafios contribui para chamar a atenção de diferentes sujeitos sociais envolvidos na construção de um modelo de saúde humanizado e coerente com os princípios de participação popular.

Após décadas do início do Movimento Sanitário – que resultou na reorientação dos modelos e práticas em saúde e no modo de compreender o processo saúde-doença – os argumentos não contradizem que somente práticas educativas que valorizam os aspectos sociais, o protagonismo do sujeito e a relação horizontal-dialógica, podem dar conta de superar o modelo biomédico-normatizador. Porém, muitas vezes, este discurso não passa da superfície da intencionalidade, sem condições e investimentos para sua efetivação.

Frente a esse cenário, é importante pensar no papel estratégico da Educação Popular em Saúde na organização dos serviços, na promoção da saúde, e na própria ação educativa, de forma a imprimir mudanças no modo de pensar e de agir de gestores e profissionais. Esta reflexão sugere que é necessário investir num movimento de fortalecimento teórico e metodológico dos profissionais de saúde, no sentido de prepará-los para pactuar junto à gestão municipal, outras formas de atuação. É importante também pensar em estruturas de apoio sistemático e projetos de capacitação continuada, para que as equipes de saúde aumentem suas habilidades de planejamento e de organização de suas atividades.

Outro fator passível de contribuir na institucionalização do modelo crítico é o desenvolvimento de um projeto de fortalecimento da articulação e de integração comunitária, tendo como base a estreita e cooperativa relação de diferentes setores com as Unidades de Saúde da Família.

Devemos considerar também a necessidade da reorganização do processo e da rotina de trabalho dos profissionais envolvidos nas atividades coletivas. Esta premissa iria ao

encontro do envolvimento de toda a equipe na pactuação do papel de cada um no trabalho interdisciplinar, de forma a estabelecer uma cultura de co-responsabilização.

Uma questão também importante e que merece destaque, por representar um limite à operacionalização das atividades coletivas coerentes com os princípios da Educação Popular em Saúde, diz respeito à lógica da produção na qual se assenta a organização do trabalho. De acordo com os entrevistados, a recomendação da gestão municipal para realização de atividades em grupos, muitas vezes voltadas para o cumprimento de metas quantitativas, esbarra no alto número de procedimentos individuais. As equipes, por sua vez, ao priorizarem este tipo de atendimentos, demonstram que falta autonomia e que as normatizações da gestão municipal é que direcionam o trabalho. Este modo de conduzir o serviço dificulta o estabelecimento das ações processuais e dialógicas que embasam o modelo crítico, pois, tolhidos na sua subjetividade e no potencial criativo, os profissionais tendem a tornarem-se meros reprodutores de rotinas e procedimentos.

Entendemos ser necessário problematizar essas dificuldades envolvendo na discussão os profissionais, os supervisores das Unidades, o gestor central, e a instância de controle social, representada pelo Conselho Municipal de Saúde e outros movimentos sociais. O importante é não reduzir os problemas a uma questão subjetiva dos profissionais ou dos supervisores das equipes para não despolitizar a discussão. Além disto, é necessário considerar que certas práticas têm raízes históricas nos serviços de saúde pública no país e podem até ser potencializadas pelas características individuais, mas, em suma, são de natureza estrutural.

Na realização das entrevistas observou-se que os profissionais e supervisores elaboram críticas ao modelo de organização do trabalho e mostram que conseguem perceber os limites na realização da ação educativa, tanto na abordagem individual quanto na coletiva. Embora esta atitude seja merecedora de destaque, pois demonstra que há um movimento de contestação e interesse de mudar o *statu quo*, os sujeitos ainda não conseguem articular uma proposta que possa ser incorporada pela gestão municipal. Notamos, neste mesmo sentido, que a falta de articulação entre equipes de saúde, profissionais de outros setores e população impede a construção de uma proposta mais consistente que poderá intervir na diretriz da política municipal.

Conforme destacado no terceiro capítulo, algumas UBS's para manter as atividades educativas coletivas têm recorrido a recursos dos próprios profissionais ou ao apoio de instituições existentes no próprio bairro de abrangência.

Em relação ao desenvolvimento dos grupos são utilizadas algumas estratégias, como atividades lúdicas, teatro, música, televisão/cinema e artesanato, no intuito de desenhar um novo agir e novas formas de trabalhar as questões relacionadas à saúde dos usuários. Estas são experiências importantes que as equipes já conseguiram concretizar, mas que sofrem pela falta de apoio já mencionada o que limita a atuação dos profissionais e compromete a qualidade de algumas das atividades desenvolvidas.

Destacamos que para transformação do atual modelo de organização do trabalho, que tem sido um obstáculo para a institucionalização de práticas coerentes com o modelo crítico, é preciso elaborar estratégias gerenciais capazes de acolher uma postura dialógica e problematizadora da realidade. As reflexões teóricas que trouxemos no decorrer deste trabalho, apontaram para a importância da incorporação do diálogo no espaço de trabalho, bem como para o emprego de metodologias que aumentem a autonomia dos sujeitos, envolvendo-os no processo do cuidado com a saúde. Desta forma, a Educação Popular em Saúde também se destaca como uma metodologia capaz de ampliar a capacidade comunicativa no mundo do trabalho, especialmente por favorecer a reflexão sobre a realidade através de uma ação dialógica.

Com esta pesquisa, reiteramos a perspectiva de que é possível ampliar a atuação das equipes através do fortalecimento da prática interdisciplinar e do papel dos profissionais e usuários como transformadores da realidade. Mas, para tanto, é necessário criar e fortalecer espaços coletivos de discussão, aumentar a articulação das ações e valorizar a troca de experiências, além de construir estratégias de enfrentamento dos problemas ligados à organização do processo de trabalho e às condições de vida e saúde da população usuária dos serviços públicos de saúde.

Para alterar o modo de cuidar e promover a saúde através da prática educativa coletiva nas Unidades de Saúde da Família em Juiz de Fora, é recomendável algumas atitudes, como por exemplo:

- Melhorar o diálogo entre os profissionais da equipe e destes com a gestão central, no sentido promover espaço de negociação, em busca de recursos para realização das atividades coletivas.
- Instituir espaços de discussão e troca de experiências entre as Unidades de Saúde, com vistas à construção coletiva de propostas de enfrentamento dos *nós - críticos* e de fortalecimento de propostas potencializadoras de possibilidades.
- Buscar maior articulação com outras políticas públicas para angariar em outras instâncias apoio aos projetos.

- Adotar metodologias que consigam reorientar a organização do serviço, de forma que possam minorar o impacto da cultura fragmentada e alienada do trabalho.
- Fortalecer a articulação com a sociedade civil, na busca por parcerias para construção coletiva de conhecimentos que orientem a soluções dos problemas, a partir de um diálogo de saberes, necessidades e possibilidades da população e do poder público.
- Promover espaços de preparação dos profissionais para atuar em grupos educativos, com vistas à incorporação de novos saberes e práticas.

Torna-se importante mudar o discurso que culpabiliza o usuário pela sua condição de saúde para outro que esteja relacionado à responsabilidade das políticas sociais. É preciso que sejam pactuadas as diversas responsabilidades no processo do cuidado com a saúde. Sabemos que o compromisso é do poder público, da sociedade civil organizada e de cada indivíduo, portanto é necessária uma ação conjunta que reforce o papel da Educação Popular em Saúde como estratégico na construção desta articulação.

Com a elaboração deste trabalho também nos foi possível observar que a institucionalização dos princípios da Educação Popular em Saúde relaciona-se com as decisões políticas e os interesses individuais, além de demandar transformação cultural no modo de pensar e agir, nos diferentes espaços. Fica também o registro de que superar o modelo tradicional de educação em saúde é um desafio possível, principalmente quando se pensa no potencial transformador da participação popular e da ação dos profissionais envolvidos na luta pela defesa do direito à saúde e à vida.

Ao finalizar este trabalho esperamos ter elaborado uma análise que venha a contribuir com as equipes de saúde, principalmente na reflexão do significado das práticas educativas no cotidiano do trabalho. Esperamos também, que as dificuldades para o desenvolvimento das atividades coletivas demonstradas neste estudo impulsionem todos os sujeitos da ação sócio-educativa em saúde a buscar novas formas de atuar na saúde e que as facilidades sejam motivadoras para construção do modelo crítico de se educar em saúde. E, conforme nos ensina Freire (2007, p. 42):

A sociedade social e política de que precisamos para construir a sociedade menos feia e menos arestosa, em que podemos ser mais nós mesmos, tem na formação democrática uma prática de real importância. A aprendizagem da assunção do sujeito é incompatível com o treinamento pragmático ou com o elitismo autoritário dos que pensam donos da verdade e do saber articulado.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, Paulette C.; STOTZ, Eduardo N. A Educação Popular na Atenção Básica à Saúde no Município: em busca da integralidade. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**: Recife, v 8, n.15, p.259-274, mar./agosto de 2004.

ALVES-MAZZOTI, Alda J.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Editora Pioneira Thonsom Learning, 2001.

ALVES, Márcio J. M. SIGAB e PAG-APS Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora: NATES/UFJF, ano 02, n.06, p. 37- 44, Jul./Novembro de 2000.

ALVES, Vânia S. **Educação em Saúde e Constituição de Sujeitos: Desafios ao Cuidado no Programa de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2004.

AMOROSO LIMA, Ana M. C. **Administração Pública Brasileira e o Sistema Universitário Federal: a ética deformada do patrimônio**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

_____ et al. A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: BRAVO, Maria Inês S. et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro, 2006.

ASSIS, Simone G.; DESLANDES, Suely F. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) **Caminhos do Pensamento Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 7, p.195-221, 2002.

ASSIS, Mônica de. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso do UnAti / UERJ**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/teses. Acesso em: janeiro de 2008.

_____. **Educação em Saúde e Qualidade de Vida: Para além dos modelos, a busca da comunicação**. Série Estudos em Saúde Coletiva, nº.169. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998.

_____. **Da hipertensão à Vida: Por uma práxis Comunicativa na Educação e Saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 1992.

BARONE, Luciana G. **O Processo de Construção da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde no Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Endemias Samuel Pessoa. Rio de Janeiro, 2006.

AYRES. José Ricardo de C. M. Sujeito. Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** V. 06, nº 01 p. 63-72, 2001.

BELO HORIZONTE. **Secretaria de Estado de Saúde do de Minas Gerais.** Programa Saúde em Casa. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: maio de 2009.

_____. **Atenção à Saúde do Adolescente.** Saúde em Casa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 1ª Edição, Belo Horizonte, 2006.

BEZERRA, Adriana F.B. et al. Trabalho em saúde: Quem Implementa o Sistema Único de Saúde no Hospital Universitário Conhece sua Filosofia?. **Revista Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v.27, n 65, p. 302-309, set./dezembro de 2003.

BIGOGNO, Antoniana D. D. **A Prática Educativa na Atenção Primária em Juiz de Fora: O Caso da Unidade Básica de Saúde Progresso.** Monografia Apresentada à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2008.

BÔGUS, Cláudia M.; NOGUEIRA-MARTINS, Maria C. F. Considerações Sobre a Metodologia Qualitativa como Recurso para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade,** São Paulo v 13, n 3, p.44-57, set./dezembro. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde da Família. **Evolução de Credenciamento e Implantação da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: www.saude.gov.br/dab/localiza.cadastro.ret.sica. Acesso em: 20 de Abril de 2009a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: março de 2009b.

_____. **Secretaria de Assistência à Saúde.** Departamento de Atenção Básica – DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: maio de 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em julho de 2008.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: **Coletânea de Leis**. Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. Belo Horizonte: 4ª Edição, p.78-94, janeiro de 2006a.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. In: **Coletânea de Leis**. Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. Belo Horizonte: 4ª Edição, p. 95-98, janeiro de 2006b.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil (05 de outubro de 1988) In: **Coletânea de Leis**. Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. Belo Horizonte: 4ª Edição, Cap. II da Seguridade Social, Seção II da Saúde, p.61-76, janeiro de 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2005. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/saude. Acesso em: novembro de 2007.

_____. **Cartas de Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, Brasília, 2002a. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/saude. Acessado em: novembro de 2007.

_____. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com a Equidade no Acesso**. Série A. Normas Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/ NOAS**. Brasília, 2002c

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica Saúde da Família**. Disponível em: www.saude.gov.br/dab/atencaobasica. Acesso em: novembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: norma técnica**. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 1999.

BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, Juliana S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: _____ et al (Org). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde**. 1ª Edição, Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

BUSS, Paulo M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, cap. 01, p.15-38.

_____. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5 nº 01, p. 163-177. Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, Estela S. **A Estratégia de Saúde da Família e sua Proposta de (Re) estruturação do Modelo Assistencial do SUS. A Perspectiva de quem Molda sua Operacionalização**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: Mudanças Individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v 31, n. 2, p. 209-213, agosto de 1997. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18 de dezembro de 2007.

_____. Evolução Histórica da Educação em Saúde como Disciplina de Ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v 22, n. 4, p. 347-365, agosto 1988. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 22 de setembro de 2007.

CECCIM, Ricardo B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: outubro de 2008.

CHIESA, Ana Maria; VERÍSSIMO, Maria de L. R. educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em: 17 de fevereiro de 2008.

CONDÉ, Rosely S.; MACHADO, Maria Lúcia S. **Programa de Saúde da Família: Alternativa à Inversão do Modelo Assistencial em Saúde**. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Serviço Social Aplicado à Área da Saúde. Faculdade de Serviço Social – FSS, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000. Disponível: www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio. Acesso em: julho de 2008.

COUTINHO, Carlos N. **Marxismo e Política: A dualidade de Poderes e outros ensaios**. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: _____; FREITAS Carlos M. (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, cap. 01, p. 39-52.

DESLANDES, Suely F. A Construção do projeto de Pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

_____; GOMES, Romeu. A pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde: notas teóricas. In: BOSI, Maria Lucia M.; MERCADO, Francisco J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. Cap. 02, p.99-119.

_____ et al. Construção dos Instrumentos qualitativos e quantitativos. In: ASSIS, Simone G.; MINAYO, Maria Cecília de S. (Org). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, cap. 04, p.133-155.

DELGADO, Ignácio G. **Idéias para a Construção de um Projeto de Desenvolvimento Industrial em Juiz de Fora**. Texto Mimeo, Juiz de Fora, 2008.

DIERCKS, Margarida S.; PELKELMAM, Renata. Manual para Equipes de Saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em outubro de 2008.

EIRAS, Alexandra A. L. T. S. **Grupos e Serviço Social: explorações teórico-operativas**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

ELUF, Maria Luisa. **Diretrizes de Orientação Contraceptiva para as Áreas da Educação em Saúde: Métodos Contraceptivos Vantagens e Desvantagens**. São Paulo: Centro Vergueiro de Atenção à Mulher – CEVAM, 2004.

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL / UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Processo nº 23041.004493/95-81. Serviço Social Aplicado à Saúde**. Arquivo da Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora, 1995a.

_____. **Ofício nº 014/95. Gabinete Secretário Municipal de Saúde**. Arquivo da Faculdade de Serviço Social. Juiz de Fora, 1995b.

FARAH, Beatriz F. **A Educação Permanente no Processo de Organização em Serviços de Saúde: As Repercussões do curso Introdutório para a Equipe de Saúde da Família – Experiência do Município de Juiz de Fora/MG.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

FERREIRA, Ana Maria. **Política de Assistência Social e Programas de Transferência de Renda: Particularidades da Realidade de Juiz de Fora.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora. 2007.

FEUERWERKER, Laura. A Rede Unida. In: NORONHA, Ana Beatriz. Graduação é Preciso Mudar: transformações Dependem de Políticas de Educação e Saúde. **Revista RADIS Comunicação em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, nº 05, p. 09-16, dezembro de 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 1983.

_____. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação.** São Paulo: Editora Cortez e Moraes, 1980.

FRIDERICH, Denise B. de C. **O trabalho em Saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora,** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

GIFFONE, Regina M. M. Intervenção e pesquisa em Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 05, CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, Brasília, 2000.

GONZÁLES, Carolina Rocha Aquino. **A Promoção da Saúde como Caminho do Envelhecimento Ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola.** Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública). FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / ENSP, Rio de Janeiro, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS.** Brasília, ano II, nº 03, p.09-31, Janeiro a Junho, 2001a.

_____. **O serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Editora Cortez, 2001b.

JUIZ DE FORA. **Plano Municipal de Saúde. Programa Anual de Saúde.** Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental – SSSDA, Juiz de Fora, 2009.

_____. **Anuário Estatístico de Juiz de Fora do Ano de 2008.** Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: novembro de 2008. Acesso em: março de 2009.

_____. **Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora.** Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: novembro de 2008.

_____. **Projeto do Programa de Saúde da Família. Serviço de Saúde da Família,** Juiz de Fora/ SUS/JF, Outubro de 1999.

_____. **Lei Orgânica Municipal de Saúde,** 1990.

LANE, Silvia T. M. O Processo Grupal. In: _____; CODO, Wanderley (Org.) **Psicologia Social o Homem em Movimento.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

LAPASSADE, Georges. **Grupos, organizações e Instituições.** Rio de Janeiro: Editora F. Alves, 1983.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. A Política de Saúde no Brasil nos Anos 90. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Volume 6, n° 2, p. 269-291, Rio de Janeiro, 2001.

_____. Eduardo; NORONHA, José C. de. In: GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. AIS-SUDS-SUS: Caminhos do Direito à Saúde.** Editora: Relume Dumará, Rio de Janeiro 1994.

LEWIN, Kurt. **Problemas de Dinâmica de Grupo.** São Paulo: Editora Cultrix, s /data.

MATTOS, Ruben. A. de O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as Cidades. **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. v 12, n° 1, p. 77-102, 2002.

MENDES, Eugênio V. Um Novo Paradigma Sanitário: a produção social da saúde. In _____ . **Uma Agenda para a Saúde,** São Paulo: Editora HUCITEC, 1996 cap. 4, p. 233-295.

_____. **A Atenção Primária à Saúde.** Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (Um Ensaio Sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). In: FLURY, Sônia (org). **Saúde e Democracia - A Luta do CEBES.** São Paulo: Editora Lemos, 1997, p. 125-141.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 1998.

NETO, Otávio Cruz. O Trabalho de Campo com Descoberta e Criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

NOGUEIRA, Vera M. Ribeiro. Organizações e Gestão de Políticas Sociais. **Revista Katálysis**, nº 02, v. 5, Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, Lêda M. L. et al. Relatório de Pesquisa: **A Integralidade na Atenção Primária no Município de Juiz de Fora: as variações de aplicabilidade do modelo técnico-assistencial na operacionalização do SUS.** Juiz de Fora, 2009.

OLIVEIRA, Rosely M. de. Pistas para Entender a Crise na Relação entre Técnicos e Classes Populares: uma conversa com Victor Vincent Valla. **Cadernos Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19 n.5 p.1175-1187, jul./agosto de 2003. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: Maio de 2006.

OLIVEIRA, Mônica R. de. **Juiz de Fora Vivendo a História.** Núcleo de História Regional Departamento de História da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora: Editora da UFJF, 1994.

PEDROSA, José Ivo dos S. Educação Popular no Ministério da Saúde: Identificando Espaços de Referência. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em julho de 2008.

_____.Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora: NATES/UFJF, v.11, n.03, p. 30-313, jul/setembro de 2008.

_____. É Preciso Repensar a Educação em Saúde Sob a Perspectiva da Participação Popular. **Revista RADIS Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, n. 13, p. 24-26. set. /outubro. de 2003.

_____.Educação Popular, Saúde, Institucionalização - Temas para debate. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001a.

_____.Avaliação das Práticas Educativas em Saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001b.

PELICIONE, Maria Cecília F.; WESTPHAL, Marcia F. Contribuição da Educação em Saúde para a Reforma Sanitária. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: n.33, p. 68-73, dezembro de 1991.

PEKELMAN, Renata. Caminhos para uma Ação Educativa Emancipadora: A Prática Educativa no Cotidiano dos Serviços de Atenção Primária em Saúde. In: **Revista APS**. Juiz de Fora: v. 11 n, 3 , p. 295-302, jul/setembro de 2008.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo Grupal**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1998.

Portal da Rede Unida. Disponível em: www.redeunida.org.br Acesso em: Outubro de 2007.

PRADO, Ernande V. do; SANTOS, Adilson L. dos; CUBAS, Márcia R. **A Educação em Saúde Utilizando o Rádio com Estratégia – Da Teoria a Vivencia Cotidiana. Uma Experiência em Construção Permanente**. (Versão Mimeo), 2007.

REDE DE EDUCÇÃO POPULAR EM SAÚDE. Disponível em: www.edpopsaude.net. Acesso em 2009.

RIBEIRO, Rubiane de S.; SOUZA, Fabiana É. de. **Atribuições dos Conselhos Locais de Saúde de Juiz de Fora: percepções dos Conselheiros**. Monografia apresentada à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE, SANEAMENTO DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL DE JUIZ DE FORA – SSSDA/JF. **Regiões Atendidas**. Disponível em: www.sssda.pjf.mg.gov.br. Acesso em: fevereiro de 2008.

SMEKE, Elizabeth de L. M.; OLIVEIRA, Nayara L. S. de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

STOTZ, Eduardo N. Enfoques sobre Educação Popular e Saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em julho de 2008.

_____; VALLA, Victor V. **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

VALLA, Victor V. Educação e Saúde do Ponto de Vista Popular. In: _____ (Org) **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: Editora De Paulo, 2000, p. 07-10.

_____.Educação Popular, Saúde Comunitária e Apoio Social Numa Conjuntura de Globalização. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 07-14, 2000. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: maio de 2006.

_____.**Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.30-40, jan./março de 1992. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: maio de 2006.

VALLE, Cristiane Nasser do. Práticas Educativas na Atenção Secundária e Terciária: Possibilidade e Limites. **Revista Libertas**. UFJF/FSS, Juiz de Fora, v.1, n.1, p. 105 – 121 jan./junho. de 2001.

VASCONCELOS. Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. Editora Cortez: Rio de Janeiro, 2002.

_____. Serviço Social e Prática Reflexiva. **Revista Em Pauta** da Faculdade de Serviço Social. nº 10, Rio de Janeiro, 1997.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em julho de 2008.

_____. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

_____. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67-83, maio de 2004. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: Agosto de 2006.

_____. Refletindo as Práticas de Educação em Saúde a partir da Educação Popular em Saúde. In: _____ (org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001a.

_____. Participação Popular e Educação nos Primórdios da Saúde Pública Brasileira. In: _____ (org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001b.

WHO – World Health Organization. **Carta Para Promoção da Saúde**. Tailândia, agosto de 2005. Disponível em: www.worldhealthorganization. Acesso em: Novembro de 2007.

ANEXOS

PORTARIA GM N. 1.256, DE 17 DE JUNHO DE 2009

Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS)

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando o fortalecimento da gestão participativa como ação transversal presente nos processos cotidianos das ações e dos serviços de saúde, expressos na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que tem como um de seus princípios a afirmação do protagonismo popular na formulação, fiscalização, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde; Considerando a relevância dos princípios éticos, políticos e metodológicos da Educação Popular em Saúde no fortalecimento da integralidade e da humanização das ações e dos serviços de saúde, bem como a importância destes na construção da participação popular e da democracia nas políticas públicas, tendo como compromisso maior a emancipação e a cidadania da população brasileira, em especial nesses 20 anos da trajetória de consolidação do SUS; Considerando a necessidade de qualificar e inovar a participação popular na área da saúde, no sentido de afirmar o caráter público do SUS e efetivar a implementação dos seus princípios, reforçando o marco Constitucional da Saúde como direito de todos e dever do Estado; Considerando a necessidade de mudanças nas práticas de saúde e de integração das práticas de Educação Popular em Saúde no âmbito dos serviços do SUS; Considerando a demanda de esforços para sistematizar, divulgar e aprimorar a produção de conhecimentos na área, para que a Educação Popular em Saúde contribua de maneira mais significativa com a formação e a atuação profissional em saúde; Considerando a Portaria nº 2.362, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre o Termo de Compromisso de Gestão Federal, bem como estabelece, na cláusula segunda, no eixo 7. Participação e Controle Social, atribuição à União de apoiar os processos de educação popular em saúde com vistas ao fortalecimento da participação da comunidade no SUS; Considerando o Programa Mais Saúde que estabelece para o Eixo 6 - Participação e Controle Social, a Medida 6.2 que objetiva apoiar a educação permanente de agentes e conselheiros para o controle social e a ação participativa; e Considerando as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, deliberação 37ª do Eixo - A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde, de incluir a Educação

Popular em Saúde nas propostas pedagógicas da educação formal em todos os níveis de ensino, bem como a deliberação 55ª do mesmo Eixo, a respeito da articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação para a criação de uma linha de financiamento permanente para subsidiar técnica e operacionalmente os processos de Educação Popular em Saúde, com o intuito de formar e qualificar a população para a participação e o controle social no SUS, buscando o fortalecimento de experiências de protagonismo popular, a troca de saberes, a interiorização e a descentralização dos mesmos, resolve:

Art. 1º Instituir o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos:

- I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS;
- II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS;
- III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde;
- IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde;
- V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências;
- VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde;
- VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS;
- VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como

princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS.

Art. 2º O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não-governamentais a seguir indicados:

I - Ministério da Saúde

a) dois representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê;

b) um representante da Secretaria-Executiva (SE);

c) dois representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS);

d) um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS);

e) um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE);

f) um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES);

II - um representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);

III - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

IV - um representante da Agência Nacional de Saúde (ANS);

V - um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

VI - dois representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS);

VII - um representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP);

VIII - um representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP);

IX - um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde;

X - um representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST);

XI - um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG);

XII - um representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS);

XIII - um representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN);

XIV - uma representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC);

XV - um representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde;

XVI - um representante da Central de Movimentos Populares (CMP);

XVII - um representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde;

XVIII - uma representante da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais;

XIX - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e

XX - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Parágrafo único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não-governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular.

Art. 3º Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde.

Art. 4º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto desta Portaria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos.

Art. 5º As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 6º O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros.

Art. 7º O CNEPS reunirá, ordinariamente, duas vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO