

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**TESE DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**ERICO JOSÉ FAUSTINI**

***A INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUA  
DIMENSÃO E PERSPECTIVA EDUCATIVA PARA A SOBREVIVÊNCIA  
INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL:  
UMA VISÃO A PARTIR DE DEPOIMENTOS DE PROFISSIONAIS  
TÉCNICOS DE SAÚDE PÚBLICA DE NÍVEL SUPERIOR***

Porto Alegre, dezembro de 2004

**ERICO JOSÉ FAUSTINI**

***A INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUA  
DIMENSÃO E PERSPECTIVA EDUCATIVA PARA A SOBREVIVÊNCIA  
INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL:  
UMA VISÃO A PARTIR DE DEPOIMENTOS DE PROFISSIONAIS  
TÉCNICOS DE SAÚDE PÚBLICA DE NÍVEL SUPERIOR***

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Educação.

**Orientador:** PROFESSOR DOUTOR JUAN JOSÉ MOURIÑO MOSQUERA  
Livre-docente em Psicologia da Educação  
Doutor em Pedagogia  
Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

**Co-Orientador:** PROFESSOR DOUTOR CLAUS DIETER STOBÄUS  
Doutor em Ciências Humanas- Educação  
Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, dezembro de 2004

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F268i Faustini, Erico José

A influência das políticas públicas de saúde e sua dimensão e perspectiva educativa para a sobrevivência infantil no Rio Grande do Sul: uma visão a partir de depoimentos de profissionais técnicos de saúde pública de nível superior / Erico José Faustini. – Porto Alegre, 2004. 276 f. : il.

Tese (Doutorado) – Fac. de Educação, PUCRS, 2004.  
Orientador: Prof. Dr. Juan José Mouriño Mosquera.  
Co-Orientador: Claus Dieter Stobäus.

1. Educação – Rio Grande do Sul. 2. Saúde Pública. 3. Saúde Materno-Infantil. 4. Medicina Preventiva. 5. Educação e Saúde. 6. Sociologia Educacional. I. Título. II. Mouriño Mosquera, Juan José. III. Stobäus, Claus Dieter.

CDD 370.193  
372.37

Bibliotecária Responsável  
Iara Breda de Azeredo  
CRB 10/1379

**COMISSÃO JULGADORA**

**A INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUA  
DIMENSÃO E PERSPECTIVA EDUCATIVA PARA A SOBREVIVÊNCIA  
INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL:  
UMA VISÃO A PARTIR DE DEPOIMENTOS DE PROFISSIONAIS  
TÉCNICOS DE SAÚDE PÚBLICA DE NÍVEL SUPERIOR**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
TESE DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

Componentes da banca examinadora:

---

Professora Doutora Jadete Barbosa Lambert  
Universidade Federal de Santa Maria

---

Professor Doutor Cleber Ribeiro Álvares da Silva  
Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

---

Professor Doutor João Carlos Batista Santana  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

---

Professor Orientador: Professor Doutor Juan José Mouriño Mosquera  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

## AGRADECIMENTOS

*A trajetória que agora concluo não foi um caminho exclusivamente individual, mas construído com a “cumplicidade” de várias pessoas. É a essas pessoas que gostaria, de modo especial, agradecer.*

*Aos meus orientadores, Dr. Juan José Moriño Mosquera e Dr. Claus Dieter Stobäus, pelo incentivo que sempre me deram para trilhar esse caminho e a oportunidade de crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram, o meu muito obrigado e reconhecimento.*

*Aos colegas da Secretaria da Saúde, idealistas da causa da Saúde Pública em prol da criança em nosso estado, com os quais muito aprendi e passei a admirá-los ainda mais durante a realização desta Tese, o meu muito obrigado e o privilégio de tê-los como colegas.*

*Aos Professores Dra. Hebe Tourinho, Dr. José Luiz Bohrer Pitrez e Dr. João Rubião Hoefel, pelo exemplo pessoal e pelo incentivo que sempre me deram durante a minha formação como Pediatra, dedico esta Tese.*

*Também, gostaria, neste momento, de manifestar meu reconhecimento à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul pelo incentivo que tem oferecido à progressão profissional de seus professores, através de diversos cursos de Pós-Graduação oferecidos e à Faculdade de Medicina, em especial, ao Departamento de Pediatria e ao Campus Aproximado, pelo apoio dado aos seus professores, e a mim em especial, na busca de novos conhecimentos, tão indispensáveis nestes tempos de transformações que vivemos.*

*Ao Curso de Pós-Graduação em Educação da PUCRS, através de seus professores e funcionários, que tão bem me acolheram durante os anos de minha formação nesta área, os meus agradecimentos.*

*Por fim, não poderia deixar de fazer referência e agradecer à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pelo trabalho desenvolvido em favor da criança e pela oportunidade que me propiciou de colaborar com a mesma nas últimas décadas, o que é motivo de muito orgulho para mim.*

*Dedico esta Tese a Márcia,  
Pedro Henrique e Gabriele,  
pelo significado que dão a  
minha vida.*

## RESUMO

A presente Tese de Doutorado objetivou estudar a influência das políticas públicas de saúde e sua dimensão e perspectiva educativa para a sobrevivência infantil no Rio Grande do Sul, através de uma pesquisa quanti-qualitativa, levantando depoimentos de técnicos de nível superior da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que trabalham com as ações de saúde voltadas à infância, por meio de um questionário respondido por trinta técnicos e de entrevistas realizadas com nove técnicos selecionados entre os que trabalham nessas ações. A análise de conteúdo dos dados coletados gerou quatro categorias: reflexões sobre trajetórias profissionais na Secretaria da Saúde e a importância da Educação Continuada e da formação universitária contextualizadas; avanço nas questões da saúde pública infantil no Rio Grande do Sul nas últimas décadas através do resgate histórico dos profissionais em Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em uma perspectiva de Educação para a Saúde; olhar reflexivo de técnicos da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul sobre as ações de Saúde e de Educação para a Saúde no passado, propiciando críticas sobre aquilo em que poderíamos ter avançado mais; visão dos técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul repensando as políticas públicas em Saúde e em Educação para a infância no estado como estratégia fundamental para o sucesso das ações de Saúde Pública. As conclusões foram as seguintes: priorizou-se no Rio Grande do Sul, em relação às políticas de Saúde Pública voltadas à infância, ações que tinham como foco de atenção as doenças prevalentes, modelo esse que esgotou-se pela evolução favorável das condições de saúde infantil; há necessidade da revisão dos currículos dos cursos formadores de profissionais que atuam na área de Saúde Pública, bem como necessidade da implementação de atividades de Educação Continuada para os atuais técnicos; as trocas dos diferentes governos prejudicou o avanço das ações de Saúde Pública, principalmente aquelas de longo prazo relacionadas à Educação de uma maneira geral e à Educação para a Saúde de modo específico; faltou maior integração entre os diferentes níveis de atuação da Secretaria da Saúde e os municípios, bem como maior participação nas tomadas de decisões pelo nível local. De acordo com o avanço das atuais condições de saúde infantil no Rio Grande do Sul, são feitas as seguintes recomendações: contemplar o conhecimento da realidade e a participação do nível local na elaboração das políticas de saúde; valorizar a condição de saúde em relação à presença da doença; incorporar ações educativas às ações de Saúde Pública voltadas à infância, através de ações intersetoriais que favoreçam o aumento do acesso e a progressão em termos de anos cursados no ensino formal pelas mulheres; propiciar o desenvolvimento de ações de Educação Social, de um modo geral e de Educação para a Saúde, de modo específico.

**Palavras Chave:** Educação; Educação para a Saúde; Educação Social; Saúde Pública; Saúde Materno-Infantil; Medicina Preventiva.

## ABSTRACT

The present thesis of Doctorate aimed at studying the influence of the public policies on health and its dimension and educative perspective for the infantile survival in the Rio Grande do Sul, through a quanti-qualitative research, raising depositions of superior level technician of the Health Department of the state of Rio Grande do Sul, that work with health actions to infancy, by means of a questionnaire, answered by thirty technicians, and of interviews carried through with nine technician, selected among those who work on these actions. The analysis content of the collected data generated four categories: reflections on professional trajectories in the Health Department and the importance of related Continued Education and university degree; advances in the questions of infantile public health in the Rio Grande do Sul in the last decades through the historical rescue of the professionals in Public Health of the Rio Grande do Sul Health Department, in a perspective of Education for the health; a reflexive look of the Rio Grande do Sul Health Department technicians on the actions of Health end Education for the health in the past, generating pieces of criticism on what we could have advanced more; vision of the Rio Grande do Sul Health Department technicians in rethinking the public politics in Health and Education for infancy in the state as basic strategy for the success of the actions on Public Health. The conclusions had been the following ones; it was prioritized in the state of Rio Grande do Sul, in relation to the directed policies of Public Health to infancy, actions that had as focus attention the prevalent illnesses, model this was depleted for the favorable evolution on infantile health conditions; it is necessary a revision on the professional courses syllabuses for those who act in the area of Public Health, as well as the necessity of implementation of activities for Continued Education for the current technicians; the exchanges on different governments harmed the advances of Public Health actions, mainly those of long term related to the Education in a general way and to the Education for the Health in a specific way; it lacked greater integration among the different levels of performance in the Healt Department and the cities, as well as, greater participation in the taking of decisions at local level. In accordance with the advance of the current conditions of infantile health in the Rio Grande do Sul, the following recommendations are made: contemplate the knowledge of the reality and the participation of the local level in the elaboration of the health policies; value health condition in relation to the presence of illness; incorporate educative actions to the directed actions of public health for infancy, through intersection actions that favor the increase on the access and yhe progression, in terms of years attented, in formal education for the women; propitiate the development of Social Education actions, in a general way, and Education for the Health, in a specific way.

**Keyword:** Education, Education for the Health, Social Education; Public Health; Maternal-Infantile Health; Preventive Medicine.



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>011</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>012</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>015</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>016</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>018</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>024</b>
1.1 A ATENÇÃO À CRIANÇA E AS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA VOLTADAS À INFÂNCIA .....	024
1.2 O CAMPO DE AÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE PÚBLICA INFANTIL .....	032
1.3 O CONTEXTO DA REALIDADE PEDIÁTRICA .....	035
1.4 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO, FATORES RELACIONADOS COM A SUA SUPERAÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO E CONDICIONANTES QUE PRODUZEM SOBRE A VIDA DO HOMEM E DA EDUCAÇÃO .....	042
1.4.1 As Possibilidades do Conhecimento: Entre o Dogmatismo e o Ceticismo .....	043
1.4.2 O Conhecimento como uma Questão Problemática do Homem: em Busca de uma Explicação do Conhecimento .....	045
1.4.3 A Relação Sujeito-Objeto como Fonte de Conhecimento .....	047
1.4.4 A Razão Científica: Seus Conflitos E Sua Influência Sobre O Mundo .....	050
1.5 REFLEXÕES SOBRE A INTERAÇÃO ENTRE O HOMEM E A SOCIEDADE E SUAS CONSEQÜÊNCIAS PARA A EDUCAÇÃO .....	056
1.5.1 O Homem e a Sociedade .....	058
1.5.2 Novas Possibilidades para a Sociedade, o Homem e a Educação .....	063
1.6 OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE COMO PROMOTORAS DA SOBREVIVÊNCIA INFANTIL .....	069
1.6.1 O Conceito de Saúde .....	070
1.6.2 Determinantes da Saúde .....	073
1.6.3 Saúde e Educação: Modelos e Teorias .....	078
1.6.4 Educação Social e as Ações de Educação para a saúde como promotoras da Sobrevivência Infantil .....	082
<b>2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>100</b>

2.1	ÁREA TEMÁTICA .....	100
2.2	OBJETIVOS .....	101
2.3	QUESTÕES DE PESQUISA .....	102
2.4	CAMPO DE AÇÃO .....	104
2.5	MODELO DE ESTUDO .....	106
2.6	PROCEDIMENTOS .....	108
2.7	SUJEITOS DE PESQUISA .....	109
2.8	INSTRUMENTOS .....	111
2.9	ANÁLISE DOS DADOS .....	115
2.9.1	Análise das Informações e Opiniões Obtidas Através das Respostas às Perguntas dos Questionários .....	117
2.9.2	Algumas Considerações a Partir dos Resultados do Questionário .....	135
2.9.3	Reflexões sobre Trajetórias Profissionais na Secretaria da Saúde e a Importância da Educação Continuada e da Formação Universitária Contextualizadas .....	140
2.9.4	O Avanço nas Questões da Saúde Pública Infantil no RS nas Últimas Décadas; Resgate Histórico de Profissionais em Saúde Pública da SES do RS, em uma Perspectiva de Educação para a Saúde .....	160
2.9.5	Um Olhar Reflexivo de Técnicos da SES do RS sobre as Ações de Saúde e de Educação para a Saúde no Passado; Propiciando Críticas sobre Aquilo em que Poderíamos ter Avançado Mais .....	180
2.9.6	A Visão dos Técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do RS: Repensando as Políticas Públicas em Saúde e em Educação para a Infância no Rio Grande do Sul como Estratégia Fundamental para o Sucesso das Ações de Saúde Pública .....	210
2.8.7	A Busca de uma Leitura Integradora entre os Elementos Encontrados nas Categorias .....	235
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>252</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>262</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>269</b>
	ANEXO A: QUESTIONÁRIO .....	270
	ANEXO B: GUIA PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....	275
	ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES COLETADAS PARA ANÁLISE E DISCUSSÃO NA PESQUISA .....	276

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01 -	População Residente Brasileira, Segundo os Grupos de Idade .....	036
TABELA 02 -	População Residente no RS, Segundo os Grupos de Idade .....	036
TABELA 03 -	Produção Ambulatorial do SUS, Consultas em Pediatria, Atendimento Básico, Ações Médicas Básicas .....	038
TABELA 04 -	Internações Hospitalares no Rio Grande do Sul, 0 a 19 Anos .....	038
TABELA 05 -	Percentual de Internações Segundo Grupos de Doenças no Rio Grande do Sul em 2000 na Faixa Etária de 0 a 19 Anos .....	039
TABELA 06 -	Evolução da Mortalidade Infantil No Rio Grande do Sul .....	040
TABELA 07 -	Evolução da Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul, nos Períodos de 1971-1975 e 1996 –2000, Conforme os Grupos de Causas de Óbitos (CID 10) .....	040
TABELA 08 -	Principais Causas de Óbitos Ocorridos em Menores de 1 Ano de Idade no Rio Grande do Sul, em 2000 .....	041

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Evolução da Mortalidade Infantil por Grupos de Causas no RS .....	075
Gráfico 02 - Distribuição por faixa etária dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul, em nível central e das CRS .....	117
Gráfico 03 - Distribuição por sexo dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	118
Gráfico 04 - Distribuição por profissões dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	118
Gráfico 05 - Distribuição por anos de formado dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	119
Gráfico 06 - Distribuição por realização de especialização pelos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	119
Gráfico 07 - Distribuição por carga horária dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	120
Gráfico 08 - Distribuição dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da secretaria estadual da saúde do Estado do Rio Grande do Sul conforme presença atividade profissional fora do Estado .....	120

Gráfico 09 - Distribuição por tempo de serviço no estado dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	121
Gráfico 10 - Distribuição por tempo de participação nas atividades de saúde da criança dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	122
Gráfico 11 - Distribuição por motivo de escolha para atuar na área de saúde pública dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	122
Gráfico 12 - Distribuição por outro motivo de escolha, além da pessoal, para atuar na área de saúde pública dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	123
Gráfico 13 - Distribuição por reiniciar a atividade profissional na área de saúde pública pelos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	123
Gráfico 14 - Fatores que contribuem para a redução da morbi-mortalidade infantil, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	124
Gráfico 15 - A mais importante política de saúde pública de curto prazo para melhorar as condições de saúde infantil no estado, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	125
Gráfico 16 - A mais importante política de saúde pública de longo prazo para melhorar as condições de saúde infantil no Estado, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	126
Gráfico 17 - Avaliação das políticas de saúde pública voltadas à criança, em nível estadual, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	126
Gráfico 18 - Avaliação sobre o que trará maior impacto, em nível estadual, nos próximos anos, para melhorar as condições de saúde infantil, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....	127

- Gráfico 19 - Avaliação sobre a que estão associadas as condições adversas para a sobrevivência infantil em nosso estado, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ..... 128
- Gráfico 20 - Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade de os avanços na assistência à criança, em nosso Estado, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública, poder expressar-se por resultados superiores aos atingidos ..... 129
- Gráfico 21 - Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade da mudança dos diversos governos, em nosso estado, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública, ter prejudicado os avanços na assistência à criança ..... 130
- Gráfico 22 - Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade de outros fatores, além da mudança de governos, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública, ter prejudicado os avanços na assistência à criança ..... 131
- Gráfico 23 - Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade que tiveram de opinar, participar e colaborar na elaboração das políticas de saúde pública voltadas à criança, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública ..... 132
- Gráfico 24 - Avaliação das propostas de saúde pública voltadas à criança segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ..... 133
- Gráfico 25 - Avaliação da implementação propostas de saúde pública voltadas à criança, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ..... 134
- Gráfico 26 - Avaliação da integração entre gestor estadual, técnicos de nível central e profissionais da ponta, nos últimos 20 anos, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ..... 134

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Saúde–Doença. Aspectos Subjetivos e sua Relação com a Doença, conforme Terris .....	072
Figura 02 - Relação dos Aspectos Subjetivos e Objetivos com a Saúde e Doença .....	072
Figura 03 - Modelo Tradicional ou Ecológico de Doença .....	074
Figura 04 - Modelo Epidemiológico de Dever para a Análise de Políticas de Saúde ...	076
Figura 05 - Fases Existenciais da Vida Infanto-Juvenil .....	090
Figura 06 - Fases Existenciais da Vida Adulta .....	091
Figura 07 - Interesse, Saberes, Meio e Ciência na Visão de Habermas .....	094

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEM	– Associação Brasileira de Ensino Médico
ABNT	– Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDPI	– Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CAE	– Centro de Atendimento ao Educando
CID 10	– Classificação Internacional das Doenças. 10. Ed.
CRS	– Coordenadoria Regional de Saúde
DDA	– Doença Diarréica Aguda
FACSA	– Fundação de Assistência à Criança de Santo André
FESSP	– Fundação Estadual de Serviço em Saúde Pública
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRA	– Infecção Respiratória Aguda
LBA	– Legião Brasileira de Assistência
MEC	– Ministério da Educação e Cultura
OMS	– Organização Mundial da Saúde



OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PAISC	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PHPN	– Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PROSAN	– Programa de Saneamento
PUCRS	– Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RS	– Rio Grande do Sul
SES	– Secretaria Estadual da Saúde
UFRGS	– Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	– Unidade de Tratamento Intensivo

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de ações de saúde materno-infantil é uma das principais estratégias das Políticas de Saúde Pública, principalmente a partir da segunda metade do século passado. Por constituírem-se em um grupo menos privilegiado dentro da sociedade, mulheres e crianças passaram a ter uma atenção especial, principalmente a partir da Declaração de Alma-Ata em 1978 e de diversas iniciativas, daí decorrentes, em favor da promoção da saúde destes grupos populacionais. Por não ser o objeto de investigação específica desta Tese o estudo detalhado destas diversas políticas, situaremos o momento atual com o intuito de podermos, a partir dos depoimentos dos técnicos selecionados para a pesquisa, avaliar sua dimensão e perspectiva educativa.

Fruto dessa atenção histórica especial, conforme a Organização Panamericana de Saúde (1997, p. xxvii), diversos organismos internacionais manifestaram sua concordância em recomendar a prioridade das Políticas de Saúde Públicas em favor da infância, como descreveremos a seguir.

A Cúpula Mundial em Favor da Infância, reunida em Nova Iorque em 1990, com representantes de 146 países e chefes de Estado de 71 países, ratificou a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança.

Nesse evento, foi elaborado um plano de ação para que os governos, organismos internacionais e outras entidades trabalhem na redução da morbidade e mortalidade materno-infantil, na luta contra a desnutrição e o analfabetismo, no abastecimento de água potável e na melhoria das condições sociais da mulher.

Posteriormente, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, reunida na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu como objetivo principal para o desenvolvimento de ações de Saúde Pública a promoção da saúde e a sobrevivência infantil com a redução das causas preveníveis de morbi-mortalidade e das disparidades entre e dentro dos países.

Também, na reunião da Cúpula das Américas, realizada em Miami, em 1994, os governantes de toda a região estabeleceram, dentro da declaração de princípios, a superação da pobreza e da discriminação em nosso hemisfério, incluindo como prioridade o acesso equitativo aos serviços básicos de saúde com especial atenção ao grupo materno-infantil.

A partir de 1995, com o objetivo de oferecer instrumentos práticos para o desenvolvimento das ações que correspondem às metas da Cúpula em Favor da Infância, a Organização Panamericana de Saúde passou a elaborar estratégias que priorizem ações voltadas à sobrevivência Infantil.

Sendo do nível local a responsabilidade da implementação dessas ações, uma teia de complexidade envolve as mesmas, o que será aprofundado em capítulo específico sobre as interações entre o homem e a sociedade. Assim nos deparamos com questões temporais relativas à transitoriedade dos governos, ideologias, prioridades políticas em áreas outras que não a da Saúde e, na área da Saúde, preferência por políticas que colocam em segundo plano as ações de saúde voltadas à infância. Por outro lado, a adoção de ações voltadas à infância de modo prioritário não é garantia, por si só, de sucesso quanto aos resultados esperados.

O seu percurso, certamente, será marcado por fortes questões de intersubjetividade, ligadas a aspectos culturais, ideológicos, educacionais, profissionais e, até mesmo, técnicos em relação à sua implementação.

O Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Secretária de Estado da Saúde, através dos diversos governos, nas últimas décadas, deu, em maior ou menor grau, atenção especial às questões da criança, o que permitiu alcançar, em nosso estado, situação privilegiada, quando comparado a contextos similares.

No entanto, se acreditamos ser possível detectar pontos positivos que favoreceram o avanço dessas políticas voltadas à infância, provavelmente, em alguns momentos, o mesmo pode ter sido desacelerado, fruto de conflitos relacionados a pensamentos políticos ou por questões associadas à complexa intersubjetividade que envolve as mesmas.

É nesse cenário complexo que procuramos desenvolver esta tese. Buscamos entender esse contexto e o papel das ações de Educação para a Saúde no mesmo.

É nossa intenção que essa investigação contribua para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à infância, não só em nível local, mas também em outros contextos, tendo a criança como beneficiária última.

Cabem, aqui, algumas breves considerações de minha trajetória profissional, que possibilitarão dar significado ao porquê desta Tese.

Desenvolvi minha formação em nível de graduação na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período compreendido entre os anos de 1972 e 1977. Nessa época, presenciava-se uma valorização curricular do curso médico que privilegiava a formação do médico especialista. A Faculdade de Medicina, em nível de

graduação, não se preocupava em formar médicos gerais e adia a formação do médico especialista, através das Residências Médicas, para após o término do curso.

Diante desse quadro, optei por realizar minha Residência Médica na área de Pediatria, que mantinha um programa de formação com atuação mais abrangente e humanística. Realizei a Residência Médica durante os anos de 1978 e 1979 no Departamento de Pediatria e Puericultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Após a conclusão da Residência Médica, iniciei minhas atividades profissionais trabalhando na Enfermaria de Pediatria da Santa Casa de Porto Alegre e na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Essa experiência, em início de carreira profissional, propiciada pela atuação nesses locais distintos de trabalho, propiciou-me reflexões que me permitiriam tomar importantes decisões no futuro. De um lado, o trabalho na UTI de recém-nascidos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre predominantemente técnico, tendo como fonte de saber o foco centrado na compreensão das doenças dos recém-nascidos e no uso de alta tecnologia para a resolução das mesmas. De outro lado, o trabalho na Enfermaria de Pediatria Geral da Santa Casa, sem dispor de tecnologia de última geração, atendendo uma população extremamente carente, cujo foco principal de atuação, na grande maioria dos casos, transcendia a compreensão das doenças e seu tratamento e se envolvia com os fatores sociais determinantes da internação daquela criança.

Essas situações opostas me inquietavam, pois para mim era impossível dissociar a criança em sua tríplice dimensão biológica, psicológica e social e vê-la exclusivamente sob a ótica da enfermidade e seu tratamento. Isso, associado ao início de minhas atividades como médico de Saúde Pública junto à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, levou-me a buscar uma melhor compreensão do processo saúde-doença, através de uma nova

especialização. Durante o ano de 1985, realizei o curso de especialização em Saúde Pública no Instituto Metodista de Educação e Cultura de Porto Alegre. Esse curso permitiu-me uma reflexão mais profunda sobre as questões da saúde e seus determinantes, analisando-a não sob o prisma quase exclusivo das doenças e de seu controle, mas em uma perspectiva histórico-social.

Em 1986, com essa nova visão do processo saúde-doença, desliguei-me do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e iniciei minhas atividades docentes no Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Como professor fui atuar no Campus Aproximado da Universidade, situado na Vila Nossa Senhora de Fátima, estruturando o estágio em nível comunitário para os residentes de Pediatria e alunos do último ano da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Essa nova atividade, por um lado, apresentava-se para mim como uma experiência extremamente gratificadora pelo contato que propiciava com alunos, com professores de outras Faculdades da Universidade e com a comunidade da Vila Fátima, reveladora da nossa realidade marcada pelas desigualdades sociais, extremamente rica no processo de retroalimentação da Universidade. Por outro lado, levava-me a novas inquietações motivadas pela visão da Faculdade de Medicina em relação a esta área de estágio e sua dimensão dada pelo currículo do curso médico.

O ensino médico era basicamente centrado em atividades no Hospital com pouca valorização às atividades extramuros da Faculdade desenvolvidas na Vila Nossa Senhora de Fátima, que em grande parte repetiam o modelo de prática hospitalar.

Esse cenário lançou-me na busca de enfrentar novos desafios, agora motivados pela necessidade de melhor compreender os fatores determinantes do modelo de ensino médico e da atuação docente, assim como entender como se processam as transformações do mesmo.

Busquei, a partir de 1993, junto à Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, a formação em uma nova área de conhecimento, através dos cursos de Metodologia do Ensino Superior e Mestrado em Educação, os quais me proporcionaram um amadurecimento pessoal, propiciando uma reflexão e nova visão sobre o processo educacional.

A partir de 1993, também passei a participar, na Secretaria da Saúde, de atividades em nível central junto ao Departamento de Ações em Saúde, mais precisamente na Divisão de Saúde da Criança e do Adolescente.

Já na Santa Casa, em 1996, assumi a Direção Médica do Hospital da Criança Santo Antônio, o que me propiciou uma experiência ímpar ao liderar uma revisão de questões ligadas à assistência e ao ensino pediátrico em nível hospitalar. Culminou esse processo em um grande movimento que redundou na construção do novo Hospital da Criança Santo Antônio.

Essas experiências ligadas a atividades públicas, ao mesmo tempo em que me enriqueceram pessoalmente, levaram-me a outro patamar de questionamentos, os quais são postos como novos desafios, o que me fez retornar à Faculdade de Educação, buscando respostas, agora, em nível de Doutorado.

## **1. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.1 A ATENÇÃO À CRIANÇA E AS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA VOLTADAS À INFÂNCIA**

Pensar na criança como indivíduo, com peculiaridades próprias merecendo cuidados específicos, não é algo que sempre ocorreu.

Assim, Cone Jr. (1968, p.7) salienta que os primeiros escritos sobre o tema, no tempo de Hipócrates, em torno de 380 A.C., contêm poucas referências em relação à criança. Para esse autor, em geral os cuidados das crianças era em função das avós, sendo as mesmas negligenciadas pelos médicos, suas próprias mães e pelos hospitais nos quais eram abandonadas.

Para o historiador Ariès (apud PAPALIA e OLDS, 2000, p. 30), até o século XVII, as crianças não eram vistas como seres diferentes dos adultos. Estudando documentos e pinturas antigas, esse autor concluiu que as crianças eram consideradas adultos pequenos, mais fracos e menos inteligentes.

Vários outros relatos corroboram essa idéia. Carneiro (2000, p. 39), ao pesquisar os cuidados dispensados à criança em épocas mais antigas, conclui que “*na Grécia Antiga filósofos pregavam a morte deliberada de infantes, enquanto os romanos não viam nisso*



*pecado grave. Persas, cartagineses, árabes e fenícios praticavam o aborto, o infanticídio e o abandono dos meninos”.*

Conforme relato de Ramos (apud CARNEIRO, 2000, p. 37), em *A História Trágico-Marítima das Crianças nas Embarcações Portuguesas do Século XVI*, as crianças eram assim vistas pela sociedade portuguesa de então:

Os meninos não eram ainda homens, mas eram tratados como se o fossem, e ao mesmo tempo eram considerados como pouco mais que animais cuja mão-de-obra deveria ser explorada, enquanto durasse sua vida útil. As meninas de 12 a 16 anos não eram ainda mulheres, mas eram caçadas e cobiçadas como se o fossem. Em meio ao mundo adulto, o universo infantil não tinha espaço: as crianças eram obrigadas a se adaptar ou perecer.

Muitas dessas crianças foram utilizadas nas embarcações portuguesas, correndo um risco elevado de morrer, pois nessas embarcações, conforme Carneiro (2000, p.39), *“a taxa de mortalidade a bordo era de trinta e nove por cento dos viajantes”.*

Para esse autor, citando Ramos (apud CARNEIRO, 2000, p. 39), *“isso não assustava os pais, porque a chance de morrer vítima de inanição ou de alguma doença em terra era quase igual, quando não maior do que a de perecer a bordo das embarcações”.*

Ramos (apud CARNEIRO, 2000, p. 39) relata que *“as crianças, quando não faleciam durante a viagem, enfrentavam a fome, a sede, a fadiga, os abusos sexuais, as humilhações e o sentimento de impotência diante de um mundo que tinha de ser assimilado independentemente de sua vontade”.*

Ao pisar em terras brasileiras, os navegadores portugueses, ao relatarem para o rei esse evento, faziam menção aos cuidados que eram dispensados às crianças índias, como consta na carta de Pero Vaz de Caminha (apud CARNEIRO, 2000, p.18), ao afirmar que *“também andava lá outra mulher, nova, com um menino ou menina, atado com um pano aos peitos, de*

*modo que não se lhe viam senão as perninhas*”. Este relato está ligado ao primeiro cuidado que se teve em relação à criança no Brasil.

No entanto, ao lado de cuidados dedicados aos pequenos índios, temos conforme pesquisa feita por Carneiro (2000, p. 22- 27) o relato do “*costume que tinham algumas tribos indígenas de sacrificar um dos meninos, no caso de gêmeos, e principalmente as meninas, se de sexos diferentes*” ou da iniciação no trabalho a partir dos sete anos de idade, quando esses pequenos índios “*iam à caça e à pesca, acompanhando os pais no manejo das canoas, no preparo dos instrumentos de guerra e no apoio aos mais idosos, enquanto as meninas aprendiam a semear e a auxiliar a mãe nos demais trabalhos domésticos*”.

No Brasil, durante os séculos XVI, XVII e XVIII, a prática organizada dos cuidados de saúde à criança em nível de saúde pública, tal como concebemos hoje, era praticamente inexistente.

A esse respeito, assim se expressa Rocha (1960, p. 153-164):

Dominaram nessa época os curandeiros indígenas e mais tarde os africanos, de mistura com alguns licenciados da metrópole e raríssimos médicos formados quase que só pela bisonha Universidade de Coimbra, até que, em 1800, suspendeu-se a proibição de carreira científica aos brasileiros, e, só em 1808, com o advento da Família Real, se abriram livrarias, fundaram-se imprensa, jornais e ainda o nosso rudimentar ensino médico.

A par da pequena valorização destinada à infância nesses vários séculos, algumas poucas ações destinadas à proteção à criança, ou a ela relacionadas, podem ser relatadas, conforme a pesquisa de Carneiro (2000), que vamos nos permitir lembrar em alguns de seus elementos.

A primeira listagem relacionando as principais enfermidades infantis data do tempo de Hipócrates (460 a 377 A.C.).

Sorano de Éfeso (100 D.C.) e Saleno (129 D.C.) relataram como seria a assistência, a alimentação e a enfermidade do recém-nascido.

Paolo Bagellardi Flumine, professor de Pádua, foi o autor do primeiro livro impresso sobre doenças infantis, em 1472.

É de 1473 a publicação do primeiro livro alemão da especialidade, Um Regime das Crianças Pequenas, de autoria de Bartolomeus Metlinger.

O Pai da Pediatria Inglesa, Thomas Phaure, publicou o livro *The Book of Children*, em 1545.

O raquitismo foi descrito por Daniel Whistler em 1645, ao defender sua tese de conclusão do curso de Medicina.

A denominação Pediatria foi dada por Zwinger, em 1722.

O quadro da meningite tuberculosa foi descrito Robert Whytt, em 1765.

Em 1796, merece destaque a descoberta da vacina contra a varíola, por Eduard Jenner.

Vários acontecimentos contribuíram para a mudança da visão da criança, tida como um adulto pequeno, e para o desenvolvimento da especialidade pediátrica e dos cuidados de saúde à criança, a partir do século XVIII e, principalmente, no decorrer dos séculos XIX e XX.

Fruto do desenvolvimento dos primórdios do Capitalismo nos séculos XVII e XVIII, na Europa, observa o autor que houve a ascensão social da burguesia e a confiança na razão para enfrentar e equacionar os desafios da vida. O desenvolvimento da ciência e o despertar

da Revolução Industrial reforçaram a idéia de que a razão, a ciência e a tecnologia eram as alavancas que impulsionavam o progresso.

É nesse ambiente que floresce um pensamento que levaria a um movimento cultural do século XVIII, denominado Iluminismo, um movimento filosófico complexo. Ao contrário de seus antecessores, os filósofos a ele ligados abandonaram os círculos fechados e circulavam pelas ruas e salões, difundindo e exercitando a razão.

Dentre os vários filósofos desse movimento, podemos destacar Jean-Jacques Rousseau. Entre suas obras, destacamos duas, *Do Contrato Social* e *Discurso Sobre a Origem da Desigualdade entre os Homens*. Na primeira, conforme Cotrim (2000, p. 173), ele refere que “*somente um estado de bases democráticas teria condições de oferecer a todos os cidadãos um regime de igualdade jurídica*”.

Em relação à segunda obra desse filósofo, Cotrim (2000, p. 173) destaca:

Rousseau glorifica os valores da vida natural e ataca a corrupção, avareza e os vícios da sociedade civilizada. Faz inúmeros elogios à liberdade de que desfrutava o selvagem, na pureza de seu estado natural, contrapondo-o à falsidade e ao artificialismo do homem civilizado.

As idéias de Rousseau inspiraram os ideais presentes na Revolução Francesa. Se, em Rousseau, temos a divulgação da noção dos direitos e das liberdades humanas, na Revolução Francesa se dá a universalização desses conceitos, através da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, aprovados pela Assembléia Nacional em 1789. O artigo 1º proclamava que os homens nascem e ficam iguais em direitos. As distinções sociais só podem ser fundamentadas na utilidade comum.

Para Carneiro (2000, p. 71), foi essa Declaração que “*ideologizou o problema médico-jurídico-social da infância e foi a origem remota – 170 anos depois – da Declaração dos*

*Direitos da Criança de 1959, na qual se fundamentou o Estatuto da Criança e do Adolescente, código renovador brasileiro sancionado em 1992”.*

Esses fatos relacionados ao campo social, associados ao progresso científico na área médica durante o século XIX, permitiram o início de uma mudança quanto à atenção à saúde infantil.

Em 1802, inaugurou-se em Paris o primeiro Hospital Infantil do mundo, o Hôpital des Enfants Malades. Nesse Hospital realizaram-se os primeiros trabalhos científicos, desenvolvimento de exames clínicos e necropsias sobre as doenças infantis, fazendo da França o primeiro centro organizado em atenção à criança, vanguarda da especialidade no mundo, na época.

No Brasil, a saúde pública ganhou um impulso com a vinda da Família Real para o Brasil, em 24 de janeiro de 1808. A luta contra a varíola, através de um programa de difusão da vacina jenneriana e a fundação da primeira Faculdade de Medicina, na Bahia, em 1808, seguida pela da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, são os primeiros marcos em prol da organização da saúde em nosso país.

Somente em 1832, com a oficialização, através de decreto, das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, começa-se a dar atenção às patologias da criança, seguindo-se nos anos posteriores a publicação de várias teses sobre Puericultura e Pediatria.

Conforme Carneiro (2000, p. 85), no período compreendido entre 1879 e 1888, foi publicado o primeiro periódico brasileiro de Puericultura, intitulado A Mãe de Família, que se dedicava à divulgação de conhecimentos de higiene infantil.

Apesar dos avanços ocorridos no século XIX, a Pediatria como especialidade e as ações de saúde pública infantil sofriam resistências e eram pouco reconhecidas, tanto no Brasil, como em outros países.

Por exemplo, na Alemanha, apenas em 1894, foi designado o primeiro professor de Pediatria do país, e somente em 1918 as universidades alemãs tiveram suas clínicas pediátricas dirigidas por catedráticos da especialidade.

Para Behrman (2000, p. 1), no início do século XX, nos países desenvolvidos, as ações infantis voltaram-se principalmente para o problema da mortalidade infantil alta relacionada às doenças infecciosas, destacando que *“junto com infecções agudas e os distúrbios crônicos associados a déficits de calorías, vitaminas, minerais ou proteínas, os distúrbios nutricionais agudos e metabólicos que acompanham a diarreia aguda mereceram atenção”*, na primeira metade do século XX.

No Brasil, no início do século XX, os cuidados à infância eram incipientes. Os recursos terapêuticos eram rudimentares e, no campo da Cirurgia Pediátrica, os procedimentos eram realizados quase que à força.

Como consequência, a mortalidade de crianças no Brasil, no início do século XX, conforme Moncorvo Filho (apud CARNEIRO, 2000, p. 115), era de 36,4%.

Sobre essa alta mortalidade de crianças, assim se expressa Moncorvo Filho (apud CARNEIRO, 2000, p. 115):

As estatísticas enegrecem-se com exagerados dízimos, assinalando a hecatombe das criancinhas, com o aumento das doenças peculiares à infância e particularmente as do tubo digestivo, cujo coeficiente mortuário, havendo sido de 30% em 1868, atingiu a 64% em 1899, cinquenta por cento dos óbitos sendo referentes a criancinhas menores de um ano.

No Rio Grande do Sul, o primeiro Dispensário para Crianças foi inaugurado em 1890. No entanto a especialidade era exercida por médicos de adultos. Conforme relato de Pilla (apud CARNEIRO, 2000, p. 198), *“somente na década de 1920 do século XX apareceu a Pediatria na estado, sendo Carlos Hofmeister o primeiro médico que, desde sua formatura em 1916, atendeu exclusivamente a crianças”*.

A Sociedade Rio-Grandense de Pediatria, fundada em 1936, contava com apenas doze especialistas.

Para Behrmen (2000, p. 1-2), *“em meados do século XX, uma profunda revolução na saúde infantil foi produzida pela introdução de substâncias químicas e agentes antibióticos”*, permitindo que, ao lado do avanço científico da área,

a medicina pediátrica se voltasse cada vez mais para condições que afetam número relativamente pequeno de crianças, como os portadores de cardiopatias congênitas, de leucemias, de doenças próprias do recém-nascido, de fibrose cística, de defeitos genéticos e distúrbios metabólicos e endócrinos.

Para Behrmen (2000, p. 2), *“as duas últimas décadas do século XX foram marcadas por conhecimento acelerado e novas condutas para o tratamento de muitos distúrbios em consequência de avanços na Biologia Molecular e Genética e na Imunologia”*.

O crescimento da especialidade na primeira metade do século passado em nosso estado propiciou o surgimento de hospitais especializados para crianças, como o Hospital da Criança Santo Antônio e Hospital da Criança Nossa Senhora da Conceição e das Residências Médicas em Pediatria. Formados por essas Residências, os especialistas em Pediatria viriam a liderar, inicialmente, a discussão sobre os problemas que afetam a criança em nível de Saúde Pública.

No início dos anos da década de 1970, o Rio Grande do Sul apresentava uma mortalidade infantil alta, em torno de 50/1000 nascidos vivos, devido principalmente às doenças infecto-contagiosas preveníveis, hoje, por diversas vacinas; doenças respiratórias, doenças diarréicas e as formas graves de desnutrição, de alta prevalência na época.

Tendo esse cenário como fonte de questionamentos, pensou-se a questão da sobrevivência infantil de uma maneira global e abrangente através das políticas de Saúde Pública, nas últimas três décadas em nosso estado.

Fruto do crescente avanço científico pediátrico presenciado nas últimas décadas e de mudanças do perfil epidemiológico na área infantil, o repensar constante das ações em nível de Saúde Pública voltadas à infância tornou-se indispensável para os profissionais que decidiram dedicar-se aos cuidados da criança. Por outro lado, a responsabilidade desses programas aumentou à medida que deviam refletir o crescimento científico disponibilizado para a área infantil e responder às necessidades do avanço socioeconômico e da sociedade.

Isso nos leva, para melhor situarmos o momento atual dos Programas de Saúde Pública voltados à infância em nosso meio, a uma análise do campo de ação da Pediatria e do contexto da atual realidade das condições da infância em nosso estado.

## **1.2 O CAMPO DE AÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE PÚBLICA INFANTIL**

Como vimos, a valorização dos cuidados à criança viabilizou-se a partir do reconhecimento da sociedade às necessidades da criança, diferentes daquelas do adulto, bem como da compreensão da área da saúde de que os problemas da criança diferiam daqueles do adulto.



Os extremos populacionais, constituídos pelos velhos e crianças, em geral, são os mais vulneráveis ou estão em desvantagem na sociedade, exigindo, portanto, atenção especial.

A partir dessas considerações e valendo-nos de Behrman (2000, p. 1), podemos expressar a seguinte visão geral da assistência à criança:

A Pediatria interessa-se pela saúde de lactentes, crianças e adolescentes, seu crescimento e desenvolvimento e sua oportunidade de atingir o potencial completo quando adultos. Como médicos que assumem uma responsabilidade pelo progresso físico, mental e emocional das crianças desde a concepção até a maturidade, os pediatras devem preocupar-se com as influências sociais e o bem-estar de crianças e suas famílias, bem como sobre sistemas orgânicos e processos biológicos específicos.

Os problemas de saúde relacionados à criança são múltiplos e variam de acordo com a presença ou ausência de alguns fatores.

Esses fatores determinantes de problemas à saúde da criança conforme Behrman (2000), são os seguintes:

- a prevalência e ecologia de agentes infecciosos e seus hospedeiros;
- clima e geografia;
- recursos e práticas agrícolas;
- considerações educacionais, econômicas, sociais e culturais;
- estágio de industrialização e urbanização;
- em muitos casos, as frequências de genes para alguns distúrbios.

Os problemas que afetam as crianças diferem em diferentes lugares do mundo, bem como em um mesmo lugar através do tempo. Portanto, a avaliação da saúde infantil de uma determinada região ou comunidade passa pela descrição da incidência de doenças que a

acometem e como alterações ocorrem em decorrência de programas de ação sobre essas doenças.

Esse dinamismo das condições de saúde da criança é assim visto por Behrman (2000, p. 1):

Como os problemas atuais em qualquer comunidade levam a estudos e a melhor tratamento, novos problemas tornam-se focos de atenção e esforços de pediatras clínicos e pesquisadores. Conseqüentemente, com o tempo, pode haver grandes alterações na importância relativa das várias causas de morbidade e mortalidade infantis.

Assim, conforme esse autor, por exemplo, a mortalidade infantil que no fim do século XIX, nos Estados Unidos, era de 200/1000 nascidos vivos e tinha como causas principais disenteria, pneumonia, sarampo, coqueluche e difteria, caiu para 75/1000 nascidos vivos, em 1925, e para 8,3/1000 nascidos vivos em 1993. Essa diminuição levou a uma mudança das causas de óbito, agora relacionadas principalmente com as condições perinatais, tais como crescimento intra-uterino retardado, baixo peso ao nascimento, síndrome da angústia respiratória, recém-nascido afetado por complicações maternas na gravidez ou por complicações da placenta, cordão e membranas e anomalias congênitas.

Esses dados epidemiológicos associados a outros fatores irão ditar o padrão da assistência infantil.

Assim, torna-se importante, para planejar a assistência de saúde à criança, o conhecimento do número de nascimentos por ano da população infantil estratificada por faixa etária, do número e das causas de mortes, da taxa de consultas por ano por faixa etária, do número de internações por faixa etária, dos motivos de consultas e internações e dos recursos humanos, materiais e tecnológicos disponíveis, bem como dos custos dessa assistência.

Por outro lado, questões da criança relacionadas às áreas mental, social e comunitária exigem dos profissionais da área de Saúde Pública uma dedicação e adoção de responsabilidade frente a problemas como esses.

Por fim, no planejamento da assistência à saúde infantil, deve-se considerar o crescimento do conhecimento científico médico na área pediátrica e os novos recursos tecnológicos colocados à disposição dos profissionais que atendem a criança e que possibilitam a sua sobrevivência.

A partir das considerações acima, podemos, a seguir, fazer uma análise do contexto da realidade pediátrica em nosso estado, de modo que possamos situá-lo em nível de necessidades atuais de ações de saúde.

### **1.3 O CONTEXTO DA REALIDADE PEDIÁTRICA**

A realidade da atenção à criança pode ser enfocada de diversos ângulos ou pontos de vista. No entanto toda a análise parte de uma visão específica de necessidades voltadas para uma determinada faixa etária, que tem em comum o período de crescimento e desenvolvimento biológico. Assim, nesse período de crescimento e desenvolvimento dos 0 aos 20 anos, são comuns as diversas subdivisões de períodos que se estabelecem ao todo, por especificidades próprias, e que podem ser assim definidas:

- lactente : 0 aos 2 anos;
- pré-escolar: 2 aos 6 anos;
- escolar: 6 aos 10 anos;
- pré-adolescente: 10 aos 14 anos; e
- adolescente: 14 aos 20 anos.

Essa primeira classificação nos remete para um critério populacional, visando à análise do contexto da realidade pediátrica. A população pediátrica pode variar por diversos fatores, desde aqueles ligados ao coeficiente de natalidade até as condições gerais de cuidados da saúde infantil. Por esse critério, locais com baixo coeficiente de natalidade e condições de cuidados da saúde infantil excelentes, como na Europa, por exemplo, terão, comparativamente a outros locais, percentuais de população infantil menores.

Portanto, a porcentagem de população jovem em relação ao total populacional nos indica, de modo geral, a magnitude das necessidades de cuidados para essa faixa etária e o universo da população que necessita de cuidados pediátricos.

Vejamos, nas tabelas abaixo, como se comporta a população brasileira e de nosso estado conforme critérios de grupos de idade.

Tabela 1: População Residente Brasileira, segundo os Grupos de Idade

Grupos de Idade	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	>20 anos
Total	16 375 782 (9,64%)	16 542 327 (9,74%)	17 348 067 (10,21%)	17 939 815 (10,56%)	101 593 179 (59,83%)

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2001 (<http://tabnet.datasus.gov.br>)

Tabela 2: População Residente no RS, segundo os Grupos de Idade

Grupos de Idade	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	>20 anos
Total	855 544 (8,40%)	887 102 (8,70%)	912 080 (8,95%)	966 438 (9,48%)	6 566 633 (64,45%)

Fonte: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria de Coordenação e Planejamento, Fundação de Economia e Estatística 2001 (<http://tabnet.datasus.gov.br>)

Os dados acima nos revelam um cenário em que a população na faixa de crescimento e desenvolvimento, tanto no Brasil como no Rio Grande do Sul, representa um percentual significativo da população, respectivamente 40,15% e 35,53%. Isso evidencia a magnitude dessa faixa etária em termos numéricos e, portanto, a necessidade de atenção à saúde e a importância de cuidadores da infância, principalmente dos que têm a incumbência de planejar ações para a sobrevivência infantil.

Na assistência à criança, conforme Ricco (2000, p.3), devemos considerar as ações de *“curar doenças; recuperar o doente; prevenir doenças/promover saúde e mudar as condições geradoras de doenças atuando como agente de transformação da sociedade”*. Esse mesmo autor (p. 1) afirma que a preocupação dos cuidadores de criança deve ser a de *“procurar afastar todas as influências desfavoráveis, mantendo a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento e, assim, chegar à adultícia também com saúde e sem problemas trazidos da infância”*.

Essa ação preventiva, para todas as crianças, é a mais importante, bem como é a mais extensa em termos de procedimentos e tempo despendido em atendimento.

Isso pode ser comprovado através da tabela abaixo, que mostra o número de procedimentos ambulatoriais do SUS - Sistema Único de Saúde - estabelecido a partir da Constituição Brasileira de 1988 para oferecer saúde como direito de todos e dever do Estado. no Rio Grande do Sul, na categoria Consulta em Pediatria, Atendimento Básico, Ações Médicas Básicas em 2000.

Tabela 3: Produção Ambulatorial do SUS. Consultas em Pediatria, Atendimento Básico, Ações Médicas Básicas

---

Ano Competência	2000	Total
Consultas	2.693.966	2.693.966

---

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2001 (<http://tabnet.datasus.gov.br>)

Apesar de todo esse atendimento ambulatorial em nível de atendimento básico, um grande número de crianças necessitou ser internado. Isso pode ser visto na tabela 4.

Tabela 4: Internações Hospitalares no Rio Grande do Sul. 0 a 19 anos

---

Ano Competência	2000	Total
Internações	219.132	219. 132

---

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2001 (<http://tabnet.datasus.gov.br>)

Assim, a relação entre atendimentos em nível hospitalar e em consultas de atendimento básico em Pediatria, em nosso estado, no ano de 2000, foi de 1: 12,29.

As causas dessas internações podem ser vistas na tabela 5.

Tabela 5: Percentual de Internações Segundo Grupos de Doenças no Rio Grande do Sul em 2000 na Faixa Etária de 0 a 19 anos, conforme a ordem dos capítulos do CID 10

Grupos de Doenças	% de internações
Doenças Infecciosas e Parasitárias	14,23
Neoplasias	1,14
Transtornos Mentais e Comportamentais	0,53
Doenças do Aparelho Circulatório	0,63
Doenças do Aparelho Respiratório	25,57
Doenças do Aparelho Digestivo	6,25
Doenças do Aparelho Geniturinário	3,90
Gravidez, Parto e Puerpério	15,64
Causas Externas	5,21
Demais Causas	26,84
TOTAL	100,00

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS 2001 (<http://tabnet.datasus.gov.br>)

Ao observarmos essas causas, vemos a importância, considerando as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório, das doenças prevalentes na composição dessas internações, bem como do elevado número de eventos obstétricos na adolescência. Como impacto desse atendimento contínuo prestado em nível ambulatorial e hospitalar, na tabela 6, observamos a evolução da mortalidade infantil em nosso estado no período de 30 anos, (1970-2000), considerando o número de óbitos em menores de um ano de idade por mil nascidos-vivos.

Tabela 6: Evolução da Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul

Ano	Coefficiente de Mortalidade Infantil
1970	48,4
1975	44,0
1980	39,0
1985	26,8
1990	21,5
1995	18,7
2000	15,1

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde - Coordenadoria de Informações em Saúde. (2001, p.109)

A evolução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, nos períodos de 1971-1975 e 1996-2000, conforme os grupos de causas de óbitos (CID 10), pode ser vista na tabela 7.

Tabela 7: Evolução da Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul, nos Períodos de 1971-1975 e 1996-2000, conforme os Grupos de Causas de Óbitos (CID 10)

Grupos de causas de óbitos (CID 10)	Período 1971-1975 Número de óbitos por 100.000 nascidos-vivos	Período 1996-2000 Número de óbitos por 100.000 nascidos-vivos
I – Infeciosas	1201,7	110,7
X – Respiratórias	947,2	183,1
XVI – Perinatais	1257,0	846,5
XVII – Congênitas	259,5	275,5
XVIII – Mal Definidas	564,4	66,9

Fonte: Secretaria da Saúde do RS Coordenadoria de Informações em Saúde (2001, p.117)



As tabelas 6 e 7 nos mostram uma modificação do padrão da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. Em relação ao momento atual, as principais causas de óbitos em menores de um ano de idade, no Rio Grande do Sul, considerando o ano de 2000, podem ser vistas na tabela 8.

Tabela 8: Principais Causas de Óbitos Ocorridos em Menores de 1 Ano de Idade no Rio Grande do Sul, em 2000

Causas	Número	%
Desconforto Respiratório Neonatal	301	11,3
Septicemia Bacteriana Neonatal	203	7,7
Outras Afecções Respiratórias Perinatais	156	5,9
Pneumonia não-Especificada	125	4,7
Malformações Congênitas do Coração	119	4,5
Prematuridade	92	3,5
Síndrome de Aspiração Neonatal	90	3,4
Asfixia Neonatal	84	3,2
Diarréia e Gastroenterite	69	2,6
Inalação do Conteúdo Gástrico	65	2,5
Complicações Maternas da Gravidez		
Afetando o Recém-Nascido	56	2,1
Outras Causas Perinatais	51	1,9
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1411</b>	<b>53,3</b>
<b>OUTRAS CAUSAS DE MORTE</b>	<b>1239</b>	<b>46,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2650</b>	<b>100,00</b>

Fonte: da Secretaria da Saúde do RS - Coordenadoria de Informações em Saúde (2001, p.120)

Os dados contidos nas tabelas anteriores e a manutenção de perfil semelhante nos anos seguintes (Secretaria da Saúde do RS, 2004) nos mostram que os desafios da assistência à criança assumem um amplo leque de atuação, indo desde ações coletivas de Educação para a

Saúde até o atendimento individual associado ao uso de alta tecnologia e local específico, portanto envolvendo bases epistemológicas de conhecimento diferenciadas.

A assistência à saúde da criança, nos diversos níveis de atenção, está intimamente relacionada à produção e apropriação de diversos processos de conhecimento. Isso nos leva a procurar entender que fatores estão envolvidos na produção e/ou superação desses conhecimentos e que condicionantes produzem sobre a vida do homem e na Educação, o que será feito através da análise a seguir.

#### **1.4 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO, FATORES RELACIONADOS COM A SUA SUPERAÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO E CONDICIONANTES QUE PRODUZEM SOBRE A VIDA DO HOMEM E DA EDUCAÇÃO**

A Saúde Pública, no final do século XX, fruto da velocidade na produção de novos conhecimentos e do grande avanço tecnológico colocado a seu dispor, sofreu a influência de um tipo de assistência alicerçado na departição disciplinar e no uso de tecnologias cada vez mais sofisticadas. A aplicação desses produtos operacionais da ciência alcançou grandes resultados e propiciou importantes avanços no domínio de muitas doenças. Por outro lado, levou a uma fragmentação da assistência e à supervalorização do enfoque técnico.

A aplicação da racionalidade científica como sustentáculo do planejamento das atividades de Saúde Pública colocou sua ação sob o prisma de visão do paradigma industrial. Este produziu um ser tecnológico que tem fé no progresso científico. Suas investigações com aplicações tecnológicas geram o progresso, sendo conhecimento válido o que pode ser verificado racionalmente ou mensurável. Há uma abordagem científica da realidade. Tudo o que não se mede não se aborda. Nesse paradigma, o ser criativo é aquele que sabe desenvolver e utilizar a tecnologia. Portanto promove uma pessoa prática que se vale dos

resultados de suas experiências para validar, ou não, as suas ações. A solução de problemas é o produto de uma metodologia racional e depende de técnicas ou de tecnologia.

Acreditamos que a Saúde Pública, além de lidar com ciência e tecnologia, deva propiciar um ambiente que permita valorizar o pensamento e a reflexão, articular o conhecimento em relação ao todo e posicionar-se criticamente perante o mundo.

Ao estabelecer o Objetivo Geral desta Tese relacionado a que critérios, fatores facilitadores ou dificultantes do avanço das políticas públicas e conhecimentos são levados em consideração para a elaboração dos programas de Saúde Pública voltados para a infância, e entre os objetivos específicos conhecer que critérios utilizam profissionais técnicos que participam das políticas públicas estatais, ao elaborarem Programas de Saúde Pública voltados à infância; detectar que fatores facilitam ou dificultam o avanço nas políticas públicas voltadas à infância, indicando uma modificação para os próximos anos e verificar que conhecimentos possuem profissionais técnicos e instâncias de participação nas políticas públicas voltadas à infância, necessariamente estarei abordando que visão de homem está por trás de determinado paradigma, que é moldado através do conhecimento organizado e transmitido de forma sistemática.

Visando contribuir com minha fundamentação teórica, neste capítulo, abordarei aspectos relativos à produção do conhecimento, fatores relacionados com a sua superação ou transformação e condicionantes que produzem na vida do homem.

#### **1.4.1 As Possibilidades do Conhecimento: entre o Dogmatismo e o Ceticismo**

O problema do conhecimento humano é uma preocupação que acompanha a trajetória do homem. Envolve questões fundamentais, relacionadas com as possibilidades, origens e dimensões do conhecimento.

O homem observa as coisas ao seu redor, pensa e se questiona. A partir da observação, reflexão e entendimento das coisas, ele passa a dar uma nova interpretação do mundo ao seu redor, e o seu próprio conhecimento muda.

Algumas perguntas são fundamentais: É possível o sujeito conhecer o mundo, apreender os objetos reais que o rodeiam? Afinal, quais são as possibilidades do conhecimento? A tentativa de responder a essas questões originou duas correntes de explicações fundamentais e antagônicas entre si: o dogmatismo e o ceticismo.

No dogmatismo parte-se do princípio de que o contato entre o sujeito e o objeto é possível e real. Assim, o sujeito tem plenas possibilidades de apreender o objeto, ou seja, o sujeito cognoscente apreende o que está ao seu redor. Isso leva a uma total confiança na razão humana, na possibilidade de atingirmos a verdade. Nessa concepção a problematização da relação sujeito-objeto não existe.

Considerando a possibilidade do conhecimento sob o ponto de vista do dogmatismo, conforme Hessen (1999, p.29), “*os objetos do conhecimento nos são dados como tais, e não pela função mediadora do conhecimento*”. Os objetos da percepção e do pensamento nos são dados diretamente, desconsiderando-se a função pensante e a percepção.

Ao contrário do dogmatismo, que considera sem problemas a relação do sujeito com o objeto, no ceticismo o sujeito jamais poderá apreender o objeto. Portanto, é impossível o conhecimento a partir da apreensão do objeto. Todo o conhecimento é condicionado por fatores internos do sujeito e por condições externas como a cultura e o meio ambiente.

Algumas variantes do ceticismo absoluto são o subjetivismo, o relativismo e o pragmatismo.

No subjetivismo, o conhecimento está apenas sustentado pelas idéias e representações do sujeito que pensa, sendo impossível alcançar a objetividade.

No relativismo, as verdades são limitadas por situações peculiares que o condicionam.

Para o pragmatismo, o homem além de ser pensante é um ser prático. Assim sendo, a verdade está relacionada com os interesses das pessoas na sua vida prática.

Essas duas correntes, por serem antagônicas, não solucionam o nosso problema sobre a origem do conhecimento. Devemos avançar a discussão para tentarmos explicar a origem do mesmo.

#### **1.4.2 Conhecimento como uma Questão Problemática do Homem: em Busca de uma Explicação do Conhecimento**

Na Grécia Antiga, em Platão e Aristóteles, vamos encontrar várias reflexões epistemológicas de contexto metafísico ou psicológico, acerca do conhecimento.

Porém, é somente na Idade Moderna, a partir de John Locke, que temos uma teoria do conhecimento como disciplina independente. Locke combateu o pensamento de que o homem seria possuidor de idéias inatas (inatismo defendido por Platão, Santo Agostinho e Descartes) que existiriam na mente humana desde o nascimento, sendo, portanto, anteriores às experiências sensoriais. Ao contrário, Locke defendia a posição de que a mente humana nascia sem nenhuma idéia prévia, sendo semelhante a uma tábula rasa ou um papel em branco. Assim, Locke colocava a origem de nossas idéias a partir da experiência sensorial e da reflexão que acompanha nossa vida. Através dos sentidos e moldadas pela qualidade dos objetos externos, as idéias nos vêm à mente.

Essas idéias, advindas das sensações e associadas à reflexão, fazem a mente desenvolver outro patamar de idéias, que, segundo Locke, não poderia ser obtido das coisas externas, tais como a percepção, o pensamento, o duvidar, o crer, o raciocinar. Assim, a reflexão seria o olhar da mente para si própria, fazendo com que idéias simples avancem para idéias complexas, a partir das coisas externas captadas sensorialmente.

A partir de Kant, o termo teoria do conhecimento se difunde. Através do método transcendental, ele não pergunta como surge o conhecimento, mas quais os seus fundamentos. Nessa inversão, o conhecimento não é guiado pelo objeto, mas os objetos pelo conhecimento. Em outras palavras, preocupa-se com o próprio modo de conhecer. Em virtude desse método, sua teoria é chamada de transcendentalismo ou criticismo.

Em sua época, várias correntes metafísicas apresentavam suas verdades sustentadas pela razão e carregadas de dogmatismo. A pergunta de Kant era se a razão podia sustentar tais verdades. Com isso, a razão era colocada em julgamento.

Partindo da consideração de que encontramos no juízo a melhor expressão do conhecimento, Kant questionava em que se baseava a validade *a priori* do juízo. Considerava três tipos de juízo. Um *a priori* chamado juízo analítico, de nível explicativo e que não alarga nosso conhecimento. Outro, *a posteriori*, o juízo sintético, fundamentado na experiência e que pode ampliar nosso conhecimento, porém não serve de fundamento para a ciência. Um terceiro tipo de juízo seria, para Kant, o sintético *a priori*. Ao contrário do juízo analítico *a priori*, esse amplia nosso conhecimento e também pode ser o fundamento da ciência. É o mais importante por não estar limitado por experiência, ser universal e necessário. A questão passava a ser o que fundamentava esse juízo sintético *a priori*.

Para Kant, a origem do conhecimento não estava no juízo. Para ele a intuição é originária do conhecimento, distinguindo uma intuição analítica e outra pura. A primeira é

representada pelo conhecimento no qual estão presentes as sensações. A segunda, representada pelo tempo e espaço, prescinde da matéria. Não se enquadra como conceito, mas como intuição pura de sensibilidade. Constitui a idéia em que situamos quaisquer objetos, não se referindo diretamente a esses objetos. O tempo e o espaço são coisas próprias do sujeito que ele traz *a priori*. Através da sensação tomamos contato com o conteúdo do conhecimento. No entanto, a forma do conhecimento depende do homem.

Assim, por exemplo, a matemática pura ou a geometria que não correspondem a juízos sintéticos *a posteriori* e não necessitam da intuição empírica, fundam-se na forma, ou seja, na intuição pura do tempo ou na intuição pura do espaço, respectivamente, sendo ciências constituídas de juízo sintético *a priori*. Assim, o que fundamenta os juízos sintéticos, *a priori*, é o próprio sujeito através dos sentidos e do pensamento.

Conforme Kant (apud ZILLES, 1994, p. 120), essa idéia pode ser assim expressa:

O nosso conhecimento é uma síntese de percepção sensível e de atividade espontânea da razão. Todo o conteúdo deriva das percepções sensoriais: a determinação formal decorre da estrutura do próprio sujeito (formas *a priori* da sensibilidade: espaço e tempo; as categorias *a priori* do intelecto).

A partir dessas considerações teóricas, podemos avançar no entendimento do conhecimento através da relação sujeito-objeto.

### **1.4.3 A Relação Sujeito-Objeto como Fonte de Conhecimento**

Para conhecer, o homem precisa trazer à mente em forma de representação tudo o que é exterior a ela. Portanto, através da representação, vamos ter uma imagem, formar uma idéia, adquirir o conceito de um objeto. E aqui nós temos os dois elementos básicos para se dar o conhecimento: uma mente que explora e um objeto que é explorado. O conhecimento se dará

a partir do momento em que o sujeito apreender o objeto, isto é, representá-lo e conceituá-lo mentalmente.

Como se dá essa relação sujeito-objeto?

Considerando-se os elementos sujeito e objeto, qual desses tem maior importância no processo do conhecimento?

Para Hessen, a resposta a essa questão pode envolver tanto uma solução pré-metafísica, como outra metafísica.

Considerando uma solução pré-metafísica, a balança pode tender tanto para o lado do sujeito como para o lado do objeto. Teremos o subjetivismo se considerarmos o sujeito como elemento mais forte da relação. Nesse caso a verdade do conhecimento estará no homem, representado por um sujeito superior, transcendente. Ao contrário, teremos o objetivismo se o conhecimento centrar-se no objeto. Esse determinará o sujeito, devendo o mesmo ajustar-se ao objeto.

Considerando uma solução metafísica para o problema, poderíamos partir da afirmação de que as percepções que temos dos objetos correspondem exatamente àquilo que o objeto é ou como se apresenta. Teríamos o realismo como maneira de solucionar o problema proposto.

Por outro lado, se as idéias influem na percepção que temos do objeto, teríamos no idealismo a solução do problema.

Tanto no realismo como no idealismo, há formas mais ou menos radicais em relação à afirmação de que o objeto ou o sujeito é o elemento determinante no processo do conhecimento. Poderíamos ter desde um realismo ingênuo, passando pelo realismo natural até



o realismo crítico ou um idealismo subjetivo ou psicológico até um idealismo objetivo ou lógico. No entanto todas essas formas têm em comum a idéia de que é o objeto ou o sujeito que predomina no processo de conhecimento.

Elias (1994, p. 94) assim se expressa a respeito dessa questão:

Aí está o problema. A prolongada discussão sobre o conhecimento girou, basicamente em torno desta questão: será que os sinais que o indivíduo recebe através dos sentidos são inter-relacionados e processados por uma espécie de mecanismo inato, chamado “inteligência” ou “razão” ou será que as idéias formadas pelo indivíduo com base nesses sinais simplesmente refletem as coisas e as pessoas tais como são, independentemente de suas idéias?

Para sairmos desse problema, a questão a ser resolvida é saber se sujeito e objeto, o homem e o mundo no qual este sujeito vive, são colocados como coisas opostas que nos forcem a olhar em termos de subjetividade e objetividade.

Se o homem determina o mundo, também é por ele determinado através do contexto sócio-histórico que o condiciona.

Com isso, conforme Oliveira (1996, p. 217), *“para atingir um objeto, uma teoria dialética tem que proceder hermeneuticamente, ou seja, ela não pode passar por cima da questão da interpretação do sentido de um determinado contexto sócio-histórico”*.

Por outro lado, o objeto é também condicionado pela visão do sujeito que o capta a partir de determinado contexto de sentido. Portanto, se o homem determina o mundo e é também por ele determinado, necessariamente sua colocação diante deste mundo se situará entre a historicidade e a criticidade.

Assim, valendo-nos de Oliveira (1996, p. 216), *“refletir significa, precisamente, tomar posição (pôr-se) a partir do pressuposto (o mundo sócio-histórico que nos marca)”*.

Nem o sujeito, nem o objeto fazem parte de realidades diferentes. A realidade não pode ser concebida como um produto exclusivo da subjetividade ou mundo pré-dado de objetos. Como produtos de uma mesma realidade, sujeito e objeto estão intimamente ligados e determinando-se reciprocamente, de modo que o próprio sujeito se transforma no objeto e o objeto no sujeito. É esse mútuo condicionamento que constrói a realidade.

Com isso não existe um sujeito puro e nem um mundo objetivo puro, mas, conforme Oliveira (1996, p. 214), “*a realidade, dialeticamente concebida, é constituída pela mútua imbricação entre sujeito e objeto*”.

No entanto essa realidade acima descrita não está imune da presença de oscilações oriundas de pressões sociais ou internas da sociedade que a influenciam. Sob esse prisma, procuraremos ver a influência da ciência sobre o nosso mundo.

#### **1.4.4 A Razão Científica: seus Conflitos e sua Influência sobre o Mundo**

A ciência tem uma história relativamente recente. A partir de Copérnico, passando por Galileu e Newton, por exemplo, foram criadas as condições para deixar de lado a pretensão metafísica do conhecimento e guiar-se por um procedimento mais específico e experimental e, principalmente, quantitativo.

Ao deixar de lado as buscas de um conhecimento transcendental, apoiou-se na matematização, abstraindo as características sensíveis da realidade e reduzindo os fenômenos a equações e fórmulas. É fundamentalmente operativa, ou seja, busca o conhecimento para poder intervir na natureza. Portanto, busca o conhecimento de modo sistemático e seguro dos fenômenos do mundo. Para isso, usa o método científico, através do qual os cientistas conduzem suas atividades de pesquisa, por meio de uma estrutura lógica, executada em etapas e que visa à solução de um problema natural.

Observando fenômenos regulares, a ciência procura tirar conclusões gerais que possam ser aplicadas a todos os fenômenos semelhantes ao estudado, formulando as leis científicas. Essas leis, por sua vez, fazem parte de uma teoria científica. A função fundamental das leis científicas e das teorias é explicar e prever os fenômenos.

A partir do fim do século XIX e início do século XX, o avanço da ciência nos levou a uma série de descobertas, que abalaram diversas teorias tidas como certezas absolutas. Como exemplos dessas transformações, podemos citar, no campo da Matemática, os novos modelos de Geometria que abalaram a clássica Geometria Euclidiana, e no campo da Física, as descobertas da Física Quântica e da Teoria da Relatividade, que comprometeram o mecanismo da Física Clássica Newtoniana. Essas descobertas que abalaram antigas certezas fizeram surgir dúvidas e a necessidade de revisão dos critérios de verdade e em relação à validade dos métodos e teorias científicas.

Assim, Karl Popper (apud COTRIM, 2000, p. 248) propôs que a única possibilidade na ciência seria o critério da não-refutabilidade ou da falseabilidade. Com isso, uma teoria seria aceita como verdadeira até o momento em que fosse mostrada sua falsidade e, portanto, refutada. Isso nos levava à transitoriedade em relação à validade das teorias.

Em Thomas Kuhn (2000), temos a visão de ciência não como um processo evolutivo linear, mas que se desenvolve em cima da superação de paradigmas que se chocam entre si.

Para Kuhn (2000, p. 30), o paradigma está ligado “*a realizações suficientemente sem precedentes para atrair um grupo duradouro de partidários, afastando-os de outras formas de atividades científicas dissimilares*”.

Os paradigmas fornecerão as teorias e indicarão os fenômenos a serem investigados, constituindo-se na ciência normal. Colocar em discussão novas espécies de fenômenos não

oferecidos pelo paradigma não chega a ser o objetivo da ciência normal. Para Kuhn (2000, p.45), “*a pesquisa científica normal está dirigida para a articulação daqueles fenômenos e teorias já fornecidos pelo paradigma*”.

A resolução dos problemas da pesquisa normal desenvolve-se como a busca de solução para a montagem de um quebra-cabeças, para a qual o cientista é desafiado. Os problemas propostos por esse quebra-cabeças serão os únicos a serem considerados como científicos. O paradigma não é testado desde que a resolução do quebra-cabeças se dê adequadamente. O fracasso na resolução do quebra-cabeças dará origem à crise do paradigma e à procura de outro paradigma que o substitua.

Um cientista, ao deixar de praticar a ciência proposta por um paradigma, abandonando-o, estará propiciando o início das revoluções científicas. Isso não significa um abandono puro do paradigma, mas a perspectiva de atuar em outro, que passará a substituí-lo, e no qual outros cientistas também atuarão. Em outras palavras, significa que o paradigma existente tornou-se insuficiente para dar respostas às questões propostas.

Com isso, teremos dois grupos de cientistas abrigados por paradigmas diferentes, que se confrontarão, e além da discussão de natureza exclusivamente científica, também a persuasão de argumentação será importante para o predomínio de um ou outro.

A mudança de atuação paradigmática trará uma mudança de visão de mundo do cientista. Em relação a isso Kuhn (2000, p.148) afirma:

[...] somos levados a suspeitar de que alguma coisa semelhante a um paradigma é um pré-requisito para a própria percepção. O que um homem vê depende tanto daquilo que ele olha como daquilo que sua experiência visual-conceitual prévia o ensinou a ver.

A ciência, como vimos até agora, busca tornar o mundo compreensível. Essa visão positiva da ciência de que o homem domina a natureza, compreendendo-a, pode ser contraposta pela possibilidade de controle sobre a mesma, implicando uma relação de poder. Com essa visão negativa de ciência e a necessidade constante de crescimento do conhecimento, propiciou-se um predomínio tecnológico no mundo e com comprometimento dos valores humanos.

Isso nos leva a uma reflexão acerca da ciência, suas pretensões, seu sentido e valor para a vida humana e a Educação.

O paradigma industrial, baseado na racionalidade científica, determinou o modo de viver de nossa sociedade. Fundamentou nossa sociedade, caracterizando-a pela crença no progresso material advindo do desenvolvimento de modelos tecnológicos e econômicos.

O predomínio dos valores econômicos tem como um de seus principais objetivos o aumento do consumo, para atender exigências do desenvolvimento tecnológico e industrial, determinado pela contínua produção de bens.

Para Bertrand (1994, p. 89), *“num contexto deste tipo, os homens tornam-se elementos reificados do processo de produção, ou seja, são considerados como um componente dos fatores de produção”*.

Sendo os valores econômicos os predominantes e estando o homem inserido no sistema de produção, tudo é medido pela acumulação de bens, conquistados através da competição entre os homens. A acumulação serve para investir no aumento da própria produção, visando otimizar o lucro.

Para que o paradigma possa se concretizar e não ser contestado, deve produzir um saber predeterminado, apresentado pelo técnico como verdade absoluta, não-contestável.

Mostra a ciência e o conhecimento científico como hegemônicos, e seus seguidores também passam a pensar assim, oficializando a sociedade industrial. Isso coloca as pessoas como produtores da economia e consumistas. As decisões são hierarquizadas e uma minoria decide pela maioria.

Sob o prisma desse paradigma, observador e observado ficaram dissociados. Isso leva a uma oposição entre objetividade e subjetividade, valorizando o conhecimento quantificável. Alguns saberes são mais valorizados e o conhecimento é separado em disciplinas.

Conforme Morin (2000a), uma das questões mais desafiadoras da educação do futuro está relacionada com a formação do aluno associada ao repensar do conhecimento. Paradoxalmente, o avanço da ciência direcionou a construção dos saberes para a especialização, ao mesmo tempo que possibilitou vivermos uma realidade cada vez mais global ou polidisciplinar.

Para Morin, a nossa civilização privilegiou a separação e a análise como elementos essenciais na construção do conhecimento, em detrimento da ligação e da síntese. A especialização fragmentou os contextos, as globalidades e as complexidades. Nas ciências disciplinares, os problemas fundamentais e os problemas globais estão ausentes.

Elias (1994, p. 159) assim se expressa a esse respeito:

A divisão das disciplinas acadêmicas, a orientação preponderante da biologia e da ciência médica para o organismo visto em isolamento e para as estruturas orgânicas específicas das espécies têm levado a uma lastimável confusão na tradição lingüística e intelectual. Isto dá a impressão de que o organismo singular funciona como um modelo do que se entende por indivíduo. Isso, o organismo isolado, considera-se como real. A vida comunitária das pessoas, sua sociedade, suas estruturas e processos afiguram-se, em contraste, como não sendo dados pela natureza e, portanto, não sendo efetivamente reais.

E prossegue o autor (p. 159):

O ser humano, fica implícito, seria capaz de se sair perfeitamente bem se vivesse sempre sozinho, sem companhia, como um organismo singular. É assim que a maioria dos biólogos o visualiza, da mesma forma que os paleontólogos em suas descobertas de esqueletos. Deste modo, a especialização acadêmica contribui para construir um arcabouço conceitual inadequado, para postular a natureza e a sociedade como opostas.

É preciso resgatar um modo de pensar a integração do conhecimento, possibilitando a articulação dos saberes compartimentados. Os alunos formados pelas disciplinas perdem a capacidade de contextualizar os saberes, ou seja, de apreender o que é complexo.

Especificamente, Morin (2000 a, p. 16) assim se manifesta:

Devemos, pois, pensar o problema do ensino, considerando, por um lado, os efeitos cada vez mais graves da compartimentação dos saberes e da incapacidade de articulá-los, uns aos outros; por outro lado, considerando que a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que precisa ser desenvolvida e não atrofiada.

De um lado, a cultura científica tornou-se hegemônica e portadora de todas as soluções para os problemas do homem. No entanto eliminou o próprio homem do contexto global na medida em que o mundo se reduziu somente aos elementos quantificáveis. A complexidade do homem, construída ao longo de seu processo de humanização, manifesta através das inter-relações humanas, de seus sentimentos e da cultura, ficou relegada a um segundo plano.

Para Morin (2000b), uma Educação que acabe com a disjunção entre essas duas culturas contribuirá para responder aos desafios da globalidade e da complexidade na vida cotidiana, social, política, nacional e mundial. Para acabar com a separação entre essas duas culturas, é necessária uma reflexão sobre essas culturas que propicie a visão especializada somente a partir de uma visão do contexto global, pois a aptidão para resolver problemas especializados será maior se entendermos o todo.

Um dos grandes desafios do futuro da Educação na busca da complexidade será o de fazer o sujeito que aprende, além de construir a verdade, ter capacidade de questionar esta mesma verdade. Para Morin (2000b, p. 19), *“todo o conhecimento comporta o risco do erro e da ilusão e a educação do futuro deve enfrentar o problema da dupla face do erro e da ilusão”*.

As considerações deste capítulo nos conduzem a um questionamento relacionado com a questão da construção do conhecimento, associado a um determinado tipo de sociedade e de sua relação com o desenvolvimento da pessoa humana, o que nos levará a algumas reflexões, no capítulo seguinte, acerca da interação entre o homem e a sociedade e suas conseqüências para a Educação.

### **1.5 REFLEXÕES SOBRE A INTERAÇÃO ENTRE O HOMEM E A SOCIEDADE E SUAS CONSEQÜÊNCIAS PARA A EDUCAÇÃO**

A modernidade moldou um tipo de homem e sociedade que teve influência decisiva em todos os setores da vida humana.

Esse estilo de vida, que influenciou a organização de nossa sociedade, a partir da Europa se disseminou pelo mundo, tornando sua influência quase que total no planeta.

Se tomarmos como exemplo o período da Revolução Industrial, este nos mostra o início de uma enorme gama de transformações sociais. As antigas oficinas dos artesãos foram substituídas pelas fábricas e novas máquinas. Novas fontes de energia, como o carvão, a eletricidade e o petróleo passaram a ser utilizadas. Inúmeras inovações tecnológicas incorporaram-se ao cotidiano do homem, como o trem, o telégrafo, o telefone, o rádio, entre outros, influenciando e criando novas formas de relações humanas.



O paradigma industrial determinou o atual modo de viver de nossa sociedade, influenciando nossa forma de pensar, de perceber e até nossos valores morais.

Esse paradigma, conforme Bertrand e Valois (1994, p.85), “*caracteriza-se pela aplicação da racionalidade científica às atividades humanas e pela crença no progresso material*”.

A felicidade é vista como resultado do sucesso do empreendimento pessoal e da visão utilitária da natureza. A pessoa é vista como parte da cadeia de produção econômica, devendo se adequar às regras do paradigma dominante.

Uma vez que a concepção de Educação está centrada na transmissão e aquisição de conhecimentos, tende a valorizar a inteligência da pessoa em detrimento de suas capacidades físicas e manuais. Gera, portanto, uma divisão social do trabalho: de um lado, o trabalhador intelectual, e do outro, o trabalhador manual. A Pedagogia é, até então, do tipo mecanicista ou industrial, que pretende dar aos alunos os instrumentos para participarem da sociedade industrial. Surgiu para satisfazer uma exigência educacional que a família, a religião ou a comunidade não podiam dar. A música, a pintura e as demais artes não fazem parte dessa escola, assim como as dimensões da vida relacionadas à afetividade, imaginação, misticismo, solidariedade. O aluno deve aprender para funcionar na sociedade industrial.

A tradição deixa de ter importância decisiva no comportamento das pessoas. A moral, aqui tomada não só no sentido de valores, mas também de hábitos, sofre uma crise, a partir do momento em que não consegue legitimar respostas às perguntas do porquê. Existem respostas, mas não legitimidade nas mesmas. O excesso de soluções leva à angústia e à necessidade de encontrarmos novos critérios morais e novos instrumentos de socialização. O sistema educativo recebe as críticas da sociedade, por não dar uma resposta a essas questões

morais. No entanto, o sistema educativo e o professor estão **amarrados** ao discurso científico da ciência, que avalia os conhecimentos transmitidos pela escola.

A esse respeito, Subirats (2000, p. 201) assim se expressa:

[...] até agora, os discursos sobre valores ocupam um espaço relativamente marginal entre as preparações dos professores: O predomínio dos currículos tradicionais e a própria preocupação dos professores, focalizada mais nos conteúdos do que nos valores, tornam muito difícil a introdução de outro tipo de metas que representem uma mudança de 180° em relação à orientação educativa dos últimos cinquenta anos.

As críticas ao sistema baseado no paradigma industrial nos levam a uma crise, prenúncio de novas transformações e desafios, fazendo com que busquemos novas reflexões sobre o homem, a sociedade e a Educação.

Vista por muitos como apocalíptica, esta crise não é um fato inédito de nosso momento histórico. As transformações sociais sempre existiram, e para que possamos compreender melhor a crise atual e sua relação com a Educação, torna-se oportuno, inicialmente, uma reflexão sobre a relação do homem com a sociedade.

### **1.5.1 O Homem e a Sociedade**

Ao referirmos a palavra sociedade, o termo é facilmente compreendido por quem o escuta. No entanto, o que realmente significa a palavra para nós e um interlocutor?

Nós fazemos parte da sociedade, portanto um conjunto de pessoas reunidas constitui uma sociedade. Entretanto um conjunto de pessoas que vivem no interior do Amazonas constitui um tipo de sociedade diferente da encontrada em Paris. Ou, a sociedade composta pelas pessoas que viviam em nosso estado há cem anos é diferente da encontrada atualmente. Podemos afirmar que esse conjunto diferente de pessoas reunidas, em épocas distintas, constituía e constitui a sociedade, embora as mudanças ocorridas entre esses dois períodos

não possam ser creditadas a um indivíduo ou a uma ação deliberada de um grupo de indivíduos.

Isso nos leva a uma reflexão, como a proposta por Elias (1994, p.13), que questiona sobre *“que tipo de formação é essa, a sociedade que compomos em conjunto, que não foi pretendida ou planejada por nenhum de nós, nem tampouco por todos nós juntos?”*

Muitas pessoas entendem, ao olhar retrospectivamente nossa história, que a mesma foi concebida e criada por um conjunto de pessoas de modo deliberado.

Outro pensamento exclui as pessoas deste processo sócio-histórico, estando a sociedade acima dos indivíduos, sendo sua ascensão e declínio algo inevitável.

Isso nos leva a um impasse: ou consideramos a sociedade o objetivo final e o indivíduo somente um meio; ou então o indivíduo é o objetivo final e a sociedade na qual vivemos é um meio para atingir seu bem-estar. Para superarmos esse impasse, tornam-se necessárias algumas considerações.

O ser humano, ao nascer, para sua sobrevivência, tem de ser criado por outros que o antecederam, criando uma cadeia ininterrupta de pais e filhos, mediadores e mediados, sendo que os últimos se tornarão pais, mediadores, e terão seus próprios filhos, mediados, e assim sucessivamente. Portanto, qualquer indivíduo nasce em um grupo de pessoas que já existia antes dele e vai amadurecendo nesse grupo cultural e social.

Portanto, a criança que surge no mundo vai ser educada por outro ser humano e viver em contato com outras pessoas para se tornar adulto. O modo como esta educação se inicia é assim descrito por Fullat (1995, p. 45):

A relação educacional se inicia entre a natureza – o cérebro do recém-nascido – e a sociedade, formada pelas instituições, as tecnologias e a cultura. Um cérebro individual – e também pequeno – vai moldando-se por obra dos representantes das

instituições – pais, professores, sacerdotes, políticos, jornalistas, artistas... -, segundo os modelos culturais - científicos, ideológicos, utópicos, normativos... – vigentes na sociedade onde se nasce e valendo-se de técnicas adequadas. Educar é, para começar, perder a individualidade em parte para adaptar-se ao meio ambiente sociológico.

A direção que essa criança seguirá para ser adulto e ter uma individualidade, necessariamente, não passa por um único caminho, como o de uma planta que evolui sempre da mesma maneira, a partir da semente, mas com a assimilação de modelos sociais preexistentes, o recém-nascido, que veio dotado de instintos que lhe são próprios e não cópia de outro, muda. A maneira como esses instintos e afetos vão orientá-lo em direção a outras pessoas, como serão correspondidos e satisfeitos pelos outros, dependerá do modo de relacionamento contínuo com as outras pessoas e de como elas se relacionam com o bebê.

Com base nessa troca de relacionamentos, a criança desenvolverá o seu próprio complexo autocontrole psíquico, o qual a diferenciará, como ser humano, de outros seres vivos.

A assimilação dos modelos sociais preexistentes, associada à moldagem das funções psíquicas complexas, tornará esse homem diferente do animal.

Assim, a maneira como as características maleáveis da criança se cristalizam gradativamente para formar o adulto, não depende somente de sua constituição, mas, principalmente, do modo como se dão as relações entre ela e as outras pessoas. Essas relações são indissociáveis da condição humana.

A esse respeito, Elias (1994, p. 23) assim se expressa:

Cada pessoa singular está realmente presa; está presa por viver em permanente dependência funcional de outras; ela é um elo nas cadeias que ligam outras pessoas, assim como todas as demais, direta ou indiretamente, são elos nas cadeias que a prendem. Essas cadeias não são visíveis e tangíveis, como grilhões de ferro. São mais elásticas, mais variáveis, mais mutáveis, porém não menos reais, e decerto não

menos fortes. E é essa rede de funções que as pessoas desempenham umas em relação a outras, a ela e nada mais, que chamamos sociedade.

Essas relações, se observarmos, por exemplo, duas pessoas de um mesmo grupo e suas histórias individuais, nunca serão idênticas, dando margem a uma grande gama de individualidades. Cada uma partirá de uma situação única em sua rede de relações e terá uma história singular, até a sua morte, por mais que, digamos, a sociedade seja ou trate pessoas de forma igual ou o indivíduo seja igual a outro, como o caso de gêmeos.

Essa ação reveladora do novo, através da palavra e do discurso, propiciará revelar nossa única e singular identidade, possibilitando, conforme Bárcena e Mèlich (2000, p. 67), *“um cenário de pluralidade, isto é, de igualdade e distinção entre os homens”*.

Assim, temos a ação ligada ao novo ou à natalidade, ao discurso e à presença dos outros seres humanos. A esse respeito, em sua obra *La Condición Humana*, Arendt (1993) faz uma distinção entre a ação e o trabalho. Enquanto o trabalho relaciona-se com o processo de fabricação de objetos que se encerra quando se atinge o objetivo, ou seja, com a conclusão dos mesmos, a ação está relacionada com o surgimento de algo novo, que estava aquém do previsto. Portanto, a sociedade, além de produzir o semelhante e o típico, também produz o individual e único. Com isso, podemos incluir a historicidade de cada indivíduo, o fenômeno do crescimento até a idade adulta, para a compreensão do que é a sociedade.

As diversas funções dentro da sociedade são divididas entre as pessoas, fato esse que ocorre desde as sociedades mais simples até as mais complexas. A existência social dos indivíduos situa-se na realização dessas funções. Isso faz com que em cada sociedade existam limites estabelecidos em relação ao comportamento do indivíduo. O comportamento do indivíduo, em relação aos demais indivíduos e ao meio no qual vive, é regulado por um conjunto de regras, preexistentes a esse novo homem que surge.

Conforme Aranha (1993, p. 274), “*a passagem do reino animal ao reino humano, ou seja, a passagem da natureza à cultura, é produzida pela instauração da lei*”. Portanto, temos uma moral constituída que norteará o comportamento das pessoas por meio de normas.

O agir fora desses limites levará à desaprovação dos demais membros da sociedade e até a punições. Assim, o indivíduo, ao dirigir seu próprio autocontrole, para este seu agir dentro de um modelo, mostra o quanto é difícil a ele mesmo chegar ao equilíbrio de, ao mesmo tempo, ser como os demais em alguns aspectos, e diferente, singular, em outros.

Essa dificuldade faz com que uma pequena minoria, na luta pelo destaque, consiga conquistar algo excepcional, deixando uma grande maioria, à medida que vai envelhecendo, aquém das aspirações da sua juventude.

A vida harmoniosa das pessoas em sociedade só ocorrerá quando as necessidades e metas socialmente estabelecidas conseguirem chegar a um alto nível de realização. Nas sociedades industrializadas, na prática, não se avança nessa direção, havendo conflitos, renúncias ou fracassos, gerando, seja em nível individual, em grupo ou em nações interdependentes, tensões. São essas tensões que impulsionarão para mudanças estruturais na sociedade.

Portanto, a mudança não tem origem nos indivíduos isolados, mas na estrutura da vida conjunta, com muitos indivíduos. O que se modificou foi o ambiente, que é comum a diversas pessoas, ou seja, a estrutura da sociedade se deslocou para uma direção determinada.

Com isso, podemos superar o impasse antes colocado e entender que as transformações sociais não são sempre fruto isolado da vontade individual de uma pessoa ou de um grupo de pessoas.

A partir desse apanhado teórico, que visou fundamentar o entendimento da relação entre a sociedade e o homem, podemos agora analisar as mudanças estruturais que estão ocorrendo, hoje, em nosso mundo e como elas afetam o ser humano e a Educação em geral.

### **1.5.2 Novas Possibilidades para a Sociedade, o Homem e a Educação**

Nos estágios mais primitivos da civilização, o sentimento de pertencer a um grupo era muito forte. A identificação com o grupo e a dependência em relação ao mesmo para a sobrevivência do ser humano faziam com que a balança **nós-eu** pendesse nitidamente para a primeira, estando a identidade **eu** permanentemente ligada à identidade **nós**, e obscurecida por esta.

A partir do Renascimento, a balança entre as identidades **nós** e **eu** passou a pender para o **eu**.

Questões ligadas ao desenvolvimento técnico e econômico e a pressão da competição internacional, ocorridos a partir da última quarta parte do século XX, forçaram uma revisão das funções dos estados-nações, direcionando-os para a integração, visando à formação de estados unificados ou que funcionem em blocos.

Considerando o fato de que a proteção aos cidadãos de qualquer país já não depende exclusivamente da proteção que esse país possa proporcionar aos mesmos, a sobrevivência se desloca para o que acontece no plano global e, portanto, um novo sentimento de dependência mútua, talvez, leve a um novo deslocamento na balança **nós-eu** em nossos dias.

Por outro lado, o fim da Guerra Fria levou a transformações em relação à identidade dos povos, que trouxeram conseqüências diretas para a política mundial.

Huntington (1996) estudou essas transformações sob o prisma de identificações culturais entre os povos. Assim, após a divisão do mundo entre comunistas e mundo livre, que marcou o período da Guerra Fria, encontramos hoje uma identificação baseada nas civilizações. Sob esse prisma, para Huntington (1996), o mundo passou a se identificar pela cultura e civilizações pre-existentes: ocidental, africana, islâmica, chinesa, hindu, ortodoxa, latino-americana, budista e japonesa.

Com isso buscou-se saber com quem cada pessoa está identificada, ou a que grupo pertence, levando a uma modificação da balança **nós-eu** em direção ao **nós**.

No entanto, essa divisão do mundo, como a proposta por Huntington (1996), está baseada em blocos desiguais, longe de ser um reagrupamento harmônico e, portanto, estável, mostra diferenças gritantes, prenúncio de novas tensões e, portanto, de necessidade de novas reorganizações nessa estrutura proposta de sociedade.

Sob o ponto de vista da economia, a mesma na sociedade industrial tornou-se globalizada. Nessa sociedade, o setor primário, representado pela agricultura familiar, pesca, mineração, entre outros, ficou marginalizada a um segundo plano. Deu-se importância aos setores secundários, representados pela indústria, e terciário, representado pelos serviços.

A partir dos anos da década de 1970, motivado por um avanço tecnológico sem precedentes no setor de informação, vemos o início de um novo setor, quaternário, o informacional. Nesse setor a informação passa a ser a matéria-prima e o seu processamento a base do sistema econômico.

Esse novo setor ocasionou uma mudança no processo de produção e contribuiu para o emergir de novas atividades e profissões. Conforme Castells (apud FLECHA E



TORTAJADA, 2000, p.23), houve um crescimento de empregos dedicados ao processamento de informação, a partir de 1990, de 33,46% no Japão e de 43,3% nos Estados Unidos.

Isso levou, nessa sociedade da informação, a uma valorização das pessoas pela capacidade de criar e tratar a informação, ficando excluído do mercado quem não domina essas habilidades.

Isso nos coloca diante de um cenário que aponta para profundas modificações na estrutura de nossa sociedade atual, para o surgimento, com grande rapidez, de novos conhecimentos e para novas possibilidades e oportunidades ao homem, havendo necessidade de repensar a Educação neste novo mundo. Vejamos, de modo resumido, como ocorreram essas modificações, sob o ponto de vista histórico, até atingir a velocidade de nossos dias e sua relação com a Educação.

No passado, os papéis sociais e econômicos pouca modificação sofriam, sendo a socialização limitada à transmissão de velhos modelos às novas gerações, que um dia iriam substituir as mais velhas. O filho substituíu o pai em suas atividades produtivas, na família a filha substituíu a mãe, herdando, muitas vezes, seu nome e seus pertences.

Nesses tipos de sociedades, nas quais a aprendizagem visando à reprodução de papéis ocorria pela imitação da ação e das atitudes das gerações adultas, a educação formal tinha pouco espaço para se desenvolver.

A partir da descoberta de novos conhecimentos, viu-se que o sistema produtivo podia crescer, aumentando a riqueza com a utilização de novas técnicas que substituiriam as tradicionais. Essas novas técnicas já não podiam ser assimiladas pela imitação, mas requeriam o uso de conceitos abstratos e o domínio de certos saberes, como a leitura e a matemática.

Surge, assim, a necessidade de um sistema educativo, inicialmente destinado a um pequeno grupo privilegiado, e somente mais tarde, após muitos conflitos, sendo estendido a todos.

Com o desenvolvimento da indústria e a necessidade do trabalho assalariado, rompe-se a tradição de o filho suceder ao pai em um ofício, podendo as novas gerações buscar outras ocupações no mercado de trabalho. Para isso, a passagem pelo sistema educativo e o modo como esse podia preparar para o trabalho era fundamental. O sistema educativo assumiu, também, uma função de selecionador do mercado de trabalho.

Por outro lado, os valores morais, as tradições familiares e o comportamento em sociedade continuaram a ser transmitidos pelos valores da tradição. No entanto, as constantes mudanças na estrutura social, advindas do sistema industrial, levaram a um questionamento por parte dos jovens sobre a aceitação desses valores que lhes eram transmitidos, fazendo com que as normas da tradição caíssem em desuso e não resistissem às perguntas do **porquê**.

Para Subirats (2000, p.200), isso traz sérias conseqüências:

A destruição das identidades tradicionais e de suas formas geracionais de transmissão coloca inevitavelmente a necessidade de se encontrar novos critérios morais e novos instrumentos de socialização. [...], ninguém se sente responsável pela transmissão de normas de conduta, já que toda norma de conduta enunciada como tal ficou estigmatizada como elemento repressivo procedente do passado quando, na realidade, as normas de conduta são o próprio fundamento da vida social.

Para essa mesma autora (p.201), *“o sistema educativo é uma das instituições sociais que mais diretamente recebem as conseqüências negativas da falta de socialização normativa e recebe todas as críticas quando os desmandos de uma juventude violenta tornam-se públicos”*.

Todas as reflexões anteriores nos mostram uma diversidade de cenários de sociedade em constante transformação e a necessidade de adaptações do homem às modificações que ocorrem, o que culmina no repensar da Educação a partir do contexto em que está inserida.

As tensões que afetam a Educação ocorrem porque inexiste uma única forma de vida e pensamento, e esta pluralidade de opções afeta todos os sentidos do nosso cotidiano, inclusive os diferentes agentes de socialização que já não conseguem lidar com as incertezas que antes, de um modo ou outro, conseguiam resolver.

O risco e a incerteza de nossa sociedade incorporaram-se às nossas vidas, levando ao questionamento dos tradicionais agentes de socialização e, portanto, colocando a escola em crise.

Fica assim ultrapassada a Educação característica da sociedade industrial, que visava à socialização dos valores hegemônicos e dos conhecimentos aprovados sob o ponto de vista da cultura dominante. Isso leva à reflexão sobre os diversos modos de educar e sobre o momento em que estamos vivendo.

Para Morin (2000a), as transformações da nossa época defrontam-se, cada vez mais, com os desafios da complexidade. Esta deve ser pensada a partir da presença de elementos diferentes, sejam eles econômicos, sociais, políticos, psicológicos, afetivos, entre tantos outros, que façam parte de um todo e que haja interdependência entre as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si. Propõe o autor criarmos um novo pensamento em todas as áreas do conhecimento em que este modo fragmentado de pensar tornou-se hegemônico. É preciso situar o conhecimento específico dentro de um contexto e um conjunto. Para isso é preciso desenvolver modos de pensar que permitam estabelecer as relações indissociáveis existentes entre as partes e o todo em um mundo complexo.

Para esse mesmo autor (2000b), a simplificação (redução) ou a disjunção (separação em partes) dos saberes impede a visão complexa do conhecimento. De um lado, fica o mundo dos objetos mensuráveis submetidos a observações, experimentações e manipulações, de outro fica o mundo dos sujeitos que se questionam sobre problemas de existência, de comunicação, de consciência e de destino. É necessário unirmos estes dois princípios, que podem parecer antagônicos, mas na verdade são indissociáveis enquanto elementos de uma mesma realidade.

Flecha e Tortajada (2000, p.26), com idéias de Habermas, afirmam:

O discurso filosófico da modernidade contém o princípio de um contradiscurso que questiona a subjetividade em que se baseia. Não se eliminam a subjetividade e a razão, mas propõe-se de novo sua concepção, substituindo o paradigma do sujeito conhecedor e transformador de objetos pelo do entendimento entre sujeitos capazes de linguagem e ação. Assim se explica a possibilidade de realização da mudança social a partir do ato comunicativo e da capacidade discursiva das pessoas; portanto, outorga-lhes a possibilidade de desenvolver ações para a emancipação.

Então, a substituição de uma ação educativa baseada na realidade instrumental para outra baseada na racionalidade comunicativa poderia oferecer novas oportunidades à Educação.

De tudo isso, fica claro não existir uma solução mágica para a crise da Educação, ainda hoje. Ela está inserida em uma crise maior, a da sociedade em transformação. Entender essas transformações poderia ajudar o ser humano em uma visão de mundo intercultural, no que diz respeito aos conhecimentos e valores, bem como ajudar a diminuir desigualdades em situações e oportunidades, contribuindo para diminuir as tensões e permitir uma melhor adaptação do homem ao nosso mundo em transformação, talvez seja esse um dos caminhos que a Educação poderá trilhar. Nessa perspectiva, considerando a sobrevivência infantil, abordaremos no capítulo seguinte os desafios da Educação e da Saúde como promotoras da mesma.

## 1.6 OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE PARA A SOBREVIVÊNCIA INFANTIL

A infância é uma fase extremamente importante para a formação do futuro adulto. A criança, ainda em fase de crescimento e desenvolvimento, depende de outro(s) ser(es) humano(s) para se tornar um ser educado e inserido na sociedade. Para Fullat (1995, p.45), “*a relação educacional se inicia entre a natureza –o cérebro do recém-nascido- e a sociedade, formada pelas instituições, as tecnologias e a cultura*”. E prossegue esse autor (p.45) “*um cérebro pequeno vai moldando-se por obra dos representantes das instituições - pais, professores, sacerdotes... -, segundo os modelos culturais vigentes na sociedade onde se nasce*”. O desenvolvimento de suas potencialidades como homem, em muito, estará associado, em um sentido mais estrito, às oportunidades de acesso a informações por parte de seus cuidadores, e em um sentido mais amplo, à cultura, na qual está inserido. Muitas vezes, o desenvolvimento dessas potencialidades é interrompido por uma morte precoce.

Conforme Papalia e Olds (2000, p.102), “*embora a grande maioria de nascimentos resulte em bebês saudáveis, alguns deles nascem muito pequenos ou sofrem de outras complicações que os colocam em risco de vida*”. Em nosso meio, essas complicações levam a mortes infantis evitáveis, em geral associadas à precariedade de saneamento do meio em que vivem, à falta de acesso ao serviço de saúde ou a informações de saúde, ao número de anos de instrução formal da mãe, à renda familiar ou condições de habitação. Nessas condições de vida, a saúde, muitas vezes, deixa de ser uma necessidade de primeira ordem, sobrepujada por questões de sobrevivência primária, ligadas a necessidades fisiológicas, como, por exemplo, a necessidade de alimentar-se. Estas considerações iniciais nos remetem a alguma reflexão sobre o conceito de saúde, suas determinantes, relação com a educação e implicações em ações práticas de saúde, o que faremos a seguir.

### 1.6.1 O Conceito de Saúde

A saúde pode ser entendida e definida a partir de diferentes enfoques, como, por exemplo, o sanitário, epidemiológico, econômico, social, cultural, sociológico ou antropológico. No entanto a íntima relação entre esses diferentes fatores torna difícil analisá-la sob um único olhar.

Como ponto de partida de discussão, achamos oportuno situar esse entendimento *a partir* da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (1948). Para esse organismo, saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidades.

Numa primeira análise, esse conceito nos remete a pensar saúde numa dimensão diferente da que a considerava, em fins do século XIX e início do XX, meramente como ausência de doenças ou limitações físicas, devido à presença das doenças infecciosas como principal causa de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento.

O bem-estar físico contempla uma ampla gama de situações ligadas a peculiaridades individuais ou coletivas distintas entre si. Além disso, o Conceito da OMS contempla as áreas mental e social no conceito de saúde.

Essa definição de saúde propiciou uma discussão em torno do tema a partir de um conceito comum adotado por diversos países.

Conforme López e Hernández (2000, p.7), as principais críticas a essa definição são:

- equipara bem-estar a saúde, o que pode tornar não-claro o conceito, a não ser se a referência fosse bem-estar social;
- há muito de desejo no conceito, tornando-o utópico e, portanto, pouco operativo;

- utiliza o termo completo ignorando que pode haver vários graus de bem-estar e de saúde;
- é uma definição subjetiva, não considerando aspectos objetivos como a capacidade de funcionamento.

Esses mesmos autores (p.7) referem que a partir dessa crítica têm surgido novas concepções de definição de saúde, destacando primeiramente a de Milton Terris que incorpora ao conceito de saúde um componente subjetivo e outro objetivo, relativos à capacidade de funcionamento do organismo. Assim, o indivíduo teria o grau máximo de saúde quando se sentisse bem com uma capacidade de funcionamento máximo. O grau de saúde diminuiria com o surgimento de uma enfermidade e conseqüente diminuição da sensação de bem-estar, até um momento em que se sentiria doente pela grande diminuição de sua capacidade de funcionamento. A representação gráfica desse conceito pode ser vista na figura 1.

López e Hernández (2000, p.7) fazem o seguinte comentário a respeito dessa visão de saúde:

Essa visão, aplicada tanto a indivíduos como a coletividades, defende que a saúde e a enfermidade fazem parte de um mesmo conjunto cujos extremos são o ótimo estado de saúde em um extremo e a morte em outro. Além disso, no centro existiria uma zona neutra, não bem definida, na qual é difícil distinguir o normal do patológico. Com isso, se aceita que a separação entre saúde e doença não é absoluta, existindo uma dinâmica de relação entre ambas.

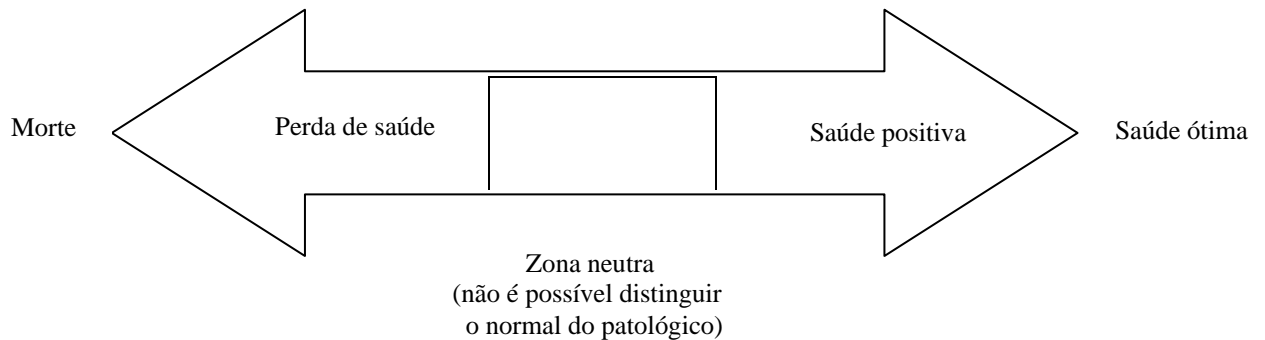
A representação gráfica da idéia pode ser vista na figura 2.

Figura 1: Saúde–Doença. Aspectos Subjetivos e sua Relação com a Doença, conforme Terris

	<b>SAÚDE</b>	<b>DOENÇA</b>
	++++ + + + +	+ + + + + + + +
Sentir-se bem, saudável		
Sentir-se enfermo		
Capacidade de funcionamento		
Doença		

Fonte: Terris (apud REVUELTA e DÍAZ, 2000, p.8)

Figura 2: Correlação dos Aspectos Subjetivos e Objetivos com a Saúde e Doença



Fonte: Terris (apud REVUELTA e DÍAZ, 2000, p.8)

Esses mesmos autores (p. 8) também destacam as idéias de Sigerist que considera saúde não como ausência de doenças, mas como a presença de uma atitude prazerosa diante da vida e uma aceitação com alegria das responsabilidades impostas ao indivíduo ao longo de sua vida.



Toda a discussão em torno do assunto teve como elemento fomentador a chamada transição epidemiológica, em que as doenças infecciosas cederam lugar para as crônicas, como as doenças cardiovasculares e o câncer, e um novo modelo de relação causal no processo saúde-doença foi buscado. Essas colocações nos permitem avançar a discussão, analisando a seguir os determinantes da saúde.

### **1.6.2 Determinantes da Saúde**

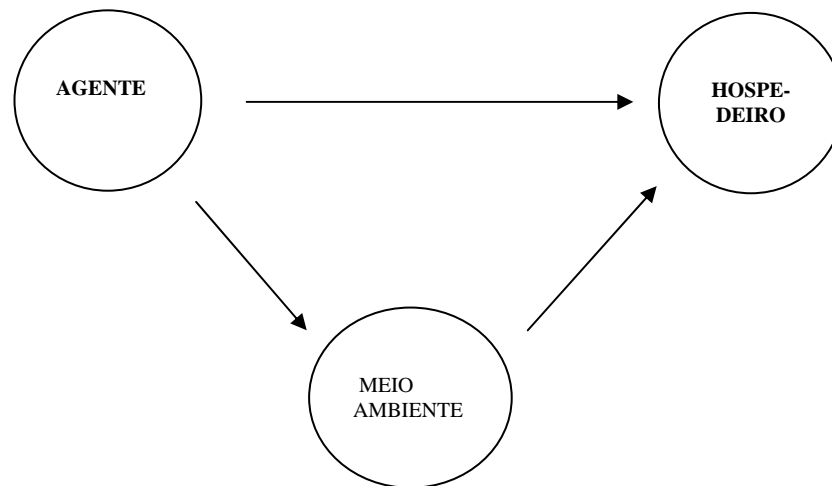
Fruto do modelo apresentado pela ciência e preponderante em nossa sociedade em fins do século XIX e durante o século XX, procurou-se adaptar, nessa visão de causa-efeito linear, o entendimento da questão saúde. Isso foi favorecido pela predominância, em fins do século XIX e primeira metade do século XX, das doenças infecto-contagiosas como causas da maioria das enfermidades e mortes.

Assim, tivemos inicialmente um modelo dito tradicional ou ecológico na visão do processo saúde-doença. Nesse modelo, encontramos um agente, por exemplo um microorganismo infeccioso, um hospedeiro, ou seja, o homem suscetível a esse agente e o meio que vai influenciar na exposição do hospedeiro ao agente causador da doença. Logo, a saúde é posta em risco pela interação desses três elementos.

Esse modelo pode ser representado pela figura 3, conforme é apresentado por Artalejo e Inchaurregui (2000, p. 14).

No entanto, na medida em que as enfermidades infecciosas perdiam espaço para as doenças crônicas e outros fatores não ligados à linearidade causa-efeito surgiam como causadores dessas novas doenças a saúde, e seus determinantes passavam a ser vistos como fazendo parte de uma realidade complexa que não se podia mais explicar pelo modelo anterior.

Figura 3: Modelo Tradicional ou Ecológico de Doença



Fonte: Artalejo e Inchaurregui (2000, p. 14).

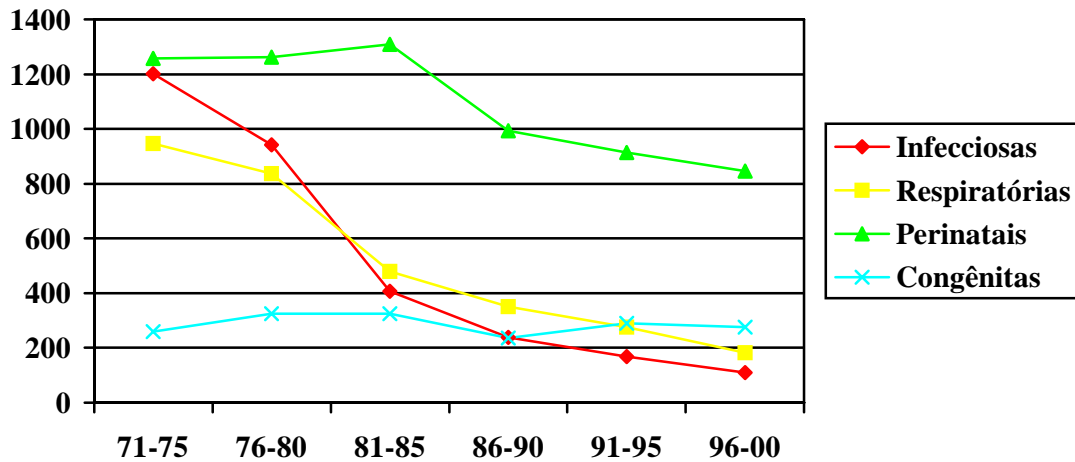
Como exemplo disso em nosso estado, em relação aos óbitos infantis, pode-se observar uma diminuição dos óbitos por doenças infecciosas, prevalentes no início da década de 1970, sendo as mesmas substituídas, em termos de importância, por causas perinatais e congênicas no início desse século, como é visto na gráfico 1, no período de 1971 a 2000, levando em conta o coeficiente por 100.0000 nascidos vivos.

Via-se nessa nova realidade que várias causas podiam produzir um único efeito. Com isso, buscou-se um novo modelo que incorporasse os novos determinantes desse processo. A busca de explicações, valendo-se de uma base científica tradicional às ciências naturais, mostra-se insuficiente.

Colom (2002, p. 98) a esse respeito assim se expressa:

O ambiente social, a educação se caracterizam por sua fluidez, por ocorrer - movimento- e em consequência por ir alcançando novos estágios -inovação- assim como por sua complexidade, não há dúvida de que a ética do intelectual deve, em coerência, abraçar outras posições epistemológicas que nos possibilitem dar conta desses fenômenos que, queira-se ou não, conformam a entidade do social.

Gráfico 1: Evolução da Mortalidade Infantil por Grupos de Causas no RS



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2000, p.117

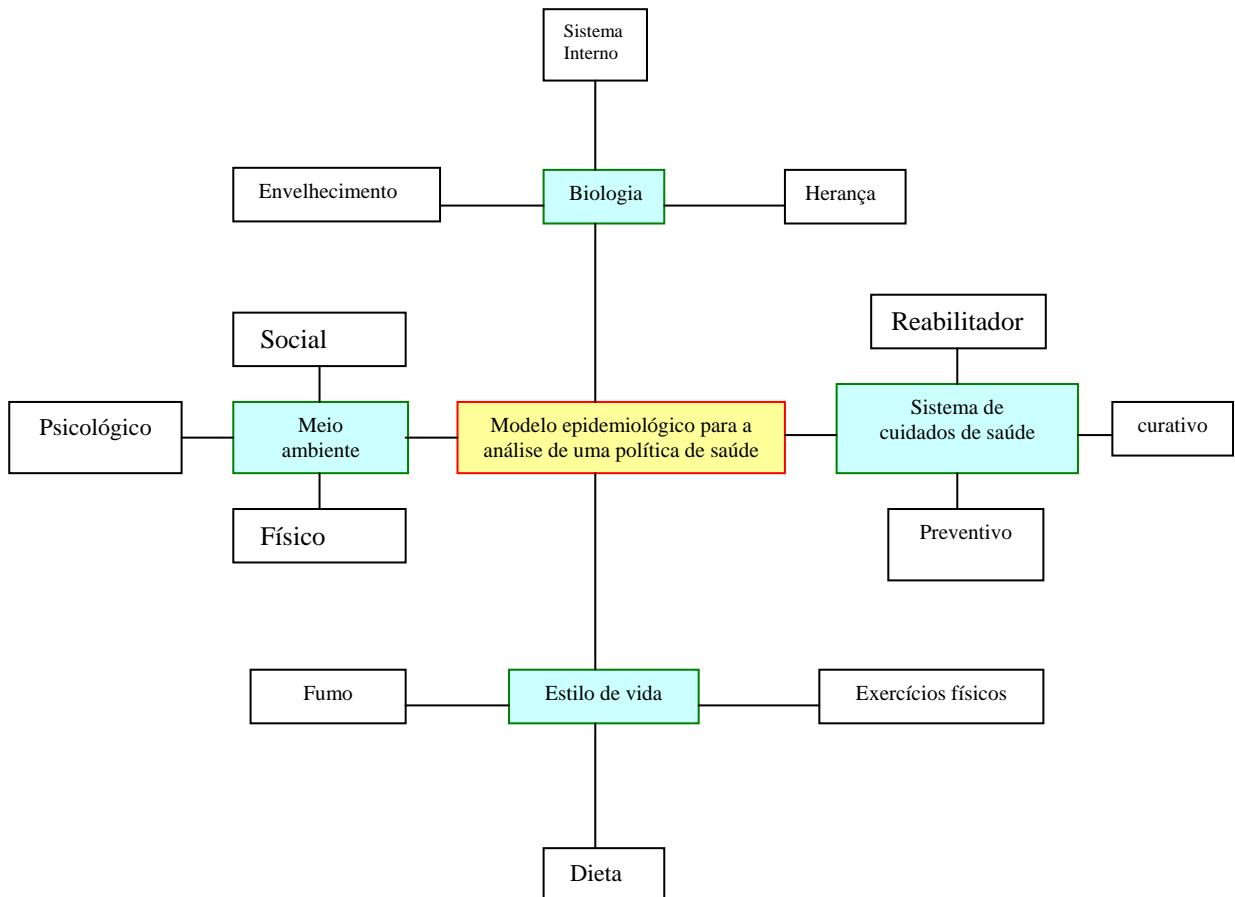
Uma outra posição, como exemplo na área da saúde, pôde ser a adotada pelo Canadá em 1973, a partir das bases assentadas por Laframboise e também adotada nos Estados Unidos a partir dos anos 80, em que se vê a perda da saúde como resultante da interação de vários fatores, destacando-se quatro grandes grupos: a biologia humana (determinante genética), o estilo de vida, o meio ambiente e o sistema de cuidados de saúde.

Conforme Artalejo e Inchaurregui (2000, p16), esse modelo, em vista da complexidade do assunto, foi aprimorado por Blum e Dever, o que descreveremos a seguir.

Em 1974, Blum numa escala de valoração prioriza o meio ambiente, seguido dos estilos de vida, da biologia e dos sistemas de assistência. Para esse autor essas quatro categorias se relacionam entre si através da cultura, dos recursos naturais, do equilíbrio ecológico e das características da população.

Em 1976, Dever aprimora o estudo de Blum, descrevendo com detalhes os componentes de cada categoria. O Modelo de Dever pode ser visto na figura 4.

Figura 4: Modelo Epidemiológico de Dever para a Análise de Políticas de Saúde



Fonte: Dever (apud ARTALEJO e INCHAÚRREGUI, 2000, p16)

Pela figura acima, vê-se que a versão do modelo proposto por Dever permite uma visão holística dos determinantes da saúde, podendo-se nele incluir todos os fatores de risco conhecidos às principais doenças. Assim, a cada um dos quatro grupos podem ser incluídos vários fatores, como nos é apresentado por Artalejo e Inchaúrrégui (2000, p.19) e que mostraremos a seguir.

Em relação ao **meio ambiente**, estão envolvidos todos os aspectos relativos à contaminação do ar, das águas, do solo e do meio ambiente psicossocial e sociocultural por fatores de natureza:

- biológica: bactérias, vírus, fungos, protozoários, artrópodos e pólen;
- física: ruídos, radiações, dejetos sólidos ou líquidos, etc.;
- química; e
- psicossocial e sociocultural: dependências, violências, estresse, competitividade, etc.

Entre vários, alguns aspectos assumem importância na determinação de enfermidades devido ao **estilo de vida**, como por exemplo:

- consumo de drogas institucionalizadas, como álcool e tabaco;
- consumo de drogas ilícitas;
- sedentarismo;
- estresse em excesso e constante;
- consumo excessivo de gorduras animais;
- consumo excessivo de hidratos de carbono;
- promiscuidade sexual;
- violência;
- direção perigosa (excesso de velocidade, não-uso do cinto de segurança, etc); e
- não-observância das recomendações sanitárias ou do médico.

Em relação ao **Sistema de Assistência Pública** como determinante de saúde, destaca-se:

- sua qualidade;
- abrangência de cobertura; e

- gratuidade.

Considera-se também a **Biologia Humana** com sua carga genética ou fatores que sobre eles possam influir como determinantes de saúde.

O conhecimento desse cenário complexo nas determinantes do processo saúde – doença é fundamental para avançarmos a discussão enfocando a imbricada questão - Educação e Saúde- sob a ótica de modelos e teorias que a fundamentam.

### **1.6.3 Saúde e Educação: modelos e teorias**

Pela heterogeneidade dos campos de conhecimento que compõem a Educação para a Saúde, diferentes teorias, enfoques e modelos presentes nesses setores acabam, em maior ou menor grau, presentes na mesma.

De modo amplo, todos os modelos de Educação para a Saúde, do ponto de vista da ação prática, se expressam em duas formas de atuação.

De um lado, a atuação de assistência com um caráter regulador e normativo fortemente presente coloca em segundo plano as tarefas educativas, estando a ação e decisão longe dos atingidos pela mesma.

De outro lado, a atuação promocional cuja ação está centrada na capacitação educativa dos sujeitos e comunidades, para que estes escolham os modos de melhorar sua qualidade de vida e de saúde a partir da apreensão da realidade complexa e dos diferentes elementos que a compõem em constante interação.

Essas duas formas de atuação sob o ponto de vista histórico situam-se em tendências curativa, preventiva e de promoção de saúde.

A tendência curativa atua quando a enfermidade se manifesta, mostrando uma visão negativa de saúde, ou seja, saúde como ausência de doença e com uma dimensão individualista de tratamento.

Já as tendências preventiva e promocional partem de um conceito positivo de saúde, não a vendo como ausência de doenças, sendo que a primeira tenta evitar o aparecimento de doenças em sujeitos ou grupos de pessoas sadias e a segunda tenta capacitar as pessoas para aumentarem o controle sobre sua saúde e melhorá-la, através, por exemplo, da aquisição de hábitos de vida saudáveis.

A partir desses pressupostos de ação prática, podemos analisar alguns modelos de Educação para a Saúde, valendo-nos da classificação de Serrano González (1990).

#### Modelo Informativo

Parte do princípio de que a informação é um elemento essencial de todo o processo educativo. Coloca no educador toda a responsabilidade e toda a iniciativa para que os indivíduos aprendam noções de saúde e condutas que melhorem a sua saúde. Mostra-se um modelo educativo do tipo protecionista, em que os conhecimentos e os objetivos são determinados de modo unilateral pelo educador com pouca participação dos sujeitos.

#### Modelo Persuasivo Motivacional

Esse modelo tem como objetivo proporcionar a mudança de hábitos de risco para a aquisição de doenças pelas pessoas, através da orientação de condutas saudáveis para a saúde. O foco da iniciativa está no educador e a educação é do tipo condutivista. Busca-se a mudança dos hábitos pela persuasão e motivação individual, incidindo apenas sobre aspectos pontuais da vida dos sujeitos sem vinculação com a vida coletiva.

### Modelo Político Econômico Ecológico

Esse modelo vê as questões da saúde inseridas no complexo contexto da vida das pessoas e com estreita relação com processos de desenvolvimento social. Assim, a falta de saúde não é a presença de doença, mas algo ligado ao modelo socioeconômico. Devemos compreender as condições de vida das pessoas e seus condicionantes para entendermos a influência do modelo social e econômico sobre a sua saúde.

Para Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 103), *“a ação educativa se situa, pois, como uma forma de interação dialética entre as pessoas e sua realidade que tende ao desenvolvimento da consciência e das competências sociais precisas para tornar possível a saúde”*. Busca, pois, o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e grupos sociais na determinação de hábitos ou estilos de vida que favoreçam a manutenção da saúde.

Todos os modelos citados têm em comum a busca da mudança de comportamento das pessoas, os quais são sustentados por teorias educacionais comportamentais que veremos a seguir.

### Teorias Condutivistas

Essas teorias visam produzir mudanças comportamentais que possam ser observadas em curto prazo de tempo, e seus resultados quantificados. Estão ligadas à aprendizagem condicionada em resposta a um estímulo isolado e são eficazes quando se considera o tratamento individualizado.

### Teorias da Gestalt

Ao contrário das teorias condutivistas, essas teorias associam a mudança de conduta com os processos mentais internos. Destacam a importância da função mental na participação



das mudanças de comportamento. Consideram as crenças, valores, atitudes e conhecimentos das pessoas, bem como sua livre opção frente às condutas à saúde. Visam trabalhar com os sujeitos uma melhor compreensão de sua realidade, a consciência dos valores que sustentam suas atitudes, ficando uma opção de mudança comportamental ligada ao livre arbítrio.

#### Teorias Baseadas nas Crenças

Estas teorias consideram que a tomada de condutas pelas pessoas se deve à crença, percepção ou convicção que têm sobre os fatos e não dos fatos em si. Há, portanto, um valor de verdade que se sobrepõe à realidade objetiva e que possibilita a manipulação da pessoa. Podem levar a barreiras que se dão pelas dificuldades ou obstáculos associadas à possibilidade de mudança de comportamento em relação à saúde.

#### Teorias Baseadas no Esclarecimento de Valores

Consistem em analisar os valores que sustentam as condutas e que implicações essas têm sobre a saúde. Têm um enfoque não-diretivo, não estimulando comportamentos alternativos aos praticados pelas pessoas. As mudanças dependem da reflexão e avaliação que as pessoas fazem correlacionadas a novos valores que assumem. Essas teorias consideram os valores o fator mais motivador na conduta das pessoas.

#### Teorias Integradoras

Essas teorias valorizam, na gênese do comportamento humano, a integração de processos internos relacionados a respostas emocionais e motivacionais do ser humano e aos processos cognitivos, bem como as relações que estabelecem com o ambiente externo.

A partir desses conceitos, podemos avançar rumo a algumas considerações sobre os desafios atuais da Educação e Saúde relacionadas à Educação Social e às ações de Educação para a Saúde como promotoras da sobrevivência infantil.

#### **1.6.4 A Educação Social e as ações de Educação para a Saúde como promotoras da sobrevivência infantil**

A Educação como processo inerente à atividade humana tem na família e na escola espaços privilegiados para a sua realização. No entanto, esse processo educacional também pode ocorrer fora desses ambientes acima citados.

O pedagogo alemão Hermann Nohl (apud FERMOSO, 1994, p. 60) criou a expressão terceiro espaço para referir-se ao âmbito de atuação desta educação fora do ambiente familiar ou escolar. Com isso, podemos ter três espaços distintos para o processo de educação do ser humano.

A Educação que ocorre no primeiro espaço, ainda que de modo não exclusivo, tem, principalmente, na família e nos meios de comunicação de massa, os seus principais agentes. O produto desta educação surge como algo não-intencional e está relacionado a processos sociais e culturais diversos. A esse processo educacional chamamos Educação Informal.

A Educação relacionada ao segundo espaço depende da escola, dos títulos ou habilidades socialmente reconhecidas que esta possa oferecer ao aluno, em geral direcionados ao trabalho, sendo necessário tempo e aprendizagem para que os objetivos sejam alcançados. Está, portanto, associada a objetivos fins previamente fixados. A esse processo educacional chamamos Educação Formal.

A Educação de terceiro espaço encontra-se em contraposição ao ensino formal ou escolar. Não significa, contudo, que possa concorrer ou substituir o ensino formal. Ocorre fora

do ambiente da escola, não seguindo regras ou normas administrativas. É também chamada de educação aberta ou sem paredes. A esse processo educacional, chamamos Educação Não-Formal. Vamos ater-nos um pouco mais a esse tipo de Educação, dita não formal.

Conforme Quintana Cabanas (1994, p.9), a intervenção educativa que ocorre na família e na escola visa fazer com que o indivíduo se adapte à vida social e suas normas. Tem por finalidade, portanto, a socialização do indivíduo, sendo o primeiro tipo de Educação Social.

Pode, contudo, esse tipo de educação não se dar a contento para a socialização do indivíduo, surgindo, daí, grupos marginalizados e com carências de várias ordens. O segundo tipo de Educação Social, através de uma Educação não-formal, se dirige a esse grupo de pessoas.

Para Fermoso (1994, p. 114-115), as características da educação não-formal são as seguintes:

- sua ação é intencional teleológica enquanto estímulos educativos;
- ocorre fora do sistema educativo formal, não outorgando títulos;
- abrange toda a população, seja por classe, gênero, idade e satisfaz determinadas necessidades de aprendizagem;
- não existe relação entre os programas, dirigidos a pequenos núcleos populacionais de um mesmo lugar, constituindo cada um uma unidade distinta;
- utiliza metodologia própria, diferente das usadas na Educação formal; e

- seus recursos financeiros não provêm dos destinados à Educação formal, sendo financiados por agências comerciais, iniciativa privada e outros meios.

A partir dessas características, temos, por diversos pedagogos, várias tentativas de definir o que é Educação não- formal.

Fermoso (1994, p.114) considera como as mais precisas as de Coombs, Trilla e Diez Kochleither. Abaixo, descreveremos as definições destes autores.

Segundo Coombs, podemos definir Educação não-formal como *“toda atividade organizada, sistemática, educativa, realizada fora do marco do sistema oficial, para facilitar determinadas classes de aprendizagens em subgrupos particulares da população tanto de adultos como crianças”*.

Para Trilla, a Educação não-formal, em contraste com a Educação formal, é definida como *“o conjunto de processos, meios e instruções específica e diferencialmente desenhados em função de explícitos objetivos de formação ou instrução, próprios do sistema educativo formal”*.

Conforme Hochleitner, autoridade espanhola em planificação educacional, a Educação não-formal é definida como *“todo o processo de aprendizagem que se adquire ao longo da vida para acesso efetivo a conhecimentos e destrezas, básicas e avançadas, independente da institucionalização, obtenção de certificados ou créditos, que permita assumir eficazmente responsabilidades concretas na vida ativa”*.

Para Fermoso (1994, p.131), social ou sociabilidade indica o produto das ações socializadoras em que o ser social passa a ser educado. A sociabilidade seria sinônimo de Educação Social. Com isso, as concepções de sociabilidade ou Educação Social poderiam

estar ligadas à educação integral da pessoa, doutrinação político, instrução social, educação para o trabalho e educação moral.

A partir dessas considerações, Feroso (1994, p.134) propõe a seguinte definição descritiva de Educação Social:

A Educação Social é o resultado ou produto do processo de socialização, equivalente ou traduzido por um conjunto de habilidades desenvolvidas pela aprendizagem, que capacitam o homem para conviver com os demais e adaptar-se ao estilo de vida dominante na sociedade e cultura a que pertence, sem perder a identidade pessoal, aceitando e cumprindo ao menos suas exigências mínimas (da sociedade e da cultura).

Para Mosquera e Stobäus (2003, p.48), *“a discussão do que seja Educação Social passa pela compreensão do que entendemos por educação, sociedade e cultura”*. Para esses autores (p.48) *“todas as propostas que se façam em torno da compreensão deste fenômeno estão influenciadas por correntes ideológicas, filosóficas, políticas e antropológicas”*.

Para Feroso (1994, p.18), a Educação Social tem sua fundamentação teórica na Pedagogia Social. Com isso, torna-se fundamental uma abordagem sobre a Pedagogia Social.

Conforme uma revisão de Feroso (1994, p.15), a primeira descrição do termo Pedagogia Social foi feita por Karl Friedrich Magers, em 1844, na *Pädagogische Revue*, na Alemanha. No entanto devemos a sua consagração a partir da conceituação do mesmo feita por Adolf Diesterweg, em 1849, na quarta edição do *Wegweiser Zur Bildung für Deutsche Lehrer*.

Além de servir como teoria científica sobre a Educação Social, também pode a Pedagogia Social ser uma disciplina acadêmica em um currículo ou atividade profissional exercida mediante intervenções técnicas.

A Pedagogia Social, por suas múltiplas aplicações e campo de ação, pode ser compreendida de diversas formas. Valendo-nos de uma revisão de Fermoso (1994, p. 19), apresentaremos a seguir os principais autores e idéias acerca da Pedagogia Social.

Natorp concebe a Pedagogia Social ligada à ajuda aos necessitados, aos que se encontram em situação paupérrima ou de criminalidade infantil e como meio de reabilitação da comunidade. Esta proposta original tem como seguidor Colon na Espanha.

Nohl percebe a Pedagogia Social como Ciência da Educação, fora da família e da escola, aplicada ao que designou como terceiro espaço.

Mollenhauer imaginou quatro dimensões para a Pedagogia Social: a) como ciência dos fins diferenciados da Educação e de seus ideais; b) como aplicação de uma Ética social determinada; c) como acentuação dos objetivos gerais da Pedagogia; d) como aspecto especial do processo educativo, quando se estuda o campo da educação mediante a estrutura dos grupos.

Quintana Cabanas especificou cinco concepções para a Pedagogia Social: a) como doutrina da formação social do indivíduo; como doutrina da Educação Política e Nacionalista do indivíduo; c) como teoria da ação educadora da sociedade; como doutrina de ajuda para a infância e juventude; e) como doutrina do sociologismo pedagógico. Quintana Cabanas considera como fundamentais a primeira e a quarta concepção.

Também devemos considerar, quando da conceituação da Pedagogia Social, a influência que a mesma pode sofrer de correntes ideológicas, filosóficas, políticas, sociológicas e antropológicas.

Fermoso (1994, p. 21), a partir de seu entendimento sobre Educação como “um processo exclusivamente humano, intencional, intercomunicativo em virtude do qual se

realizam com maior plenitude a instrução, a personalização e a socialização do homem”, propõe a seguinte definição descritiva de Pedagogia Social:

Pedagogia Social é a ciência prática social e educativa não-formal que fundamenta, justifica e compreende a normatividade mais adequada para a prevenção, ajuda e reinserção daqueles que podem padecer ou padecem, ao longo de sua vida, deficiências na socialização ou na satisfação das necessidades básicas amparadas pelos direitos humanos.

A partir dessa definição descritiva, em que se considera a Pedagogia Social como intervenção e normalidade, o seu objeto formal está, assim, relacionado com a socialização do indivíduo.

Com isso, Fermoso (1994, p.24) procura esclarecer o objeto formal da Pedagogia Social.

Pode-se concluir que o objeto formal é o estudo da fundamentação, justificação e compreensão da intervenção pedagógica nos serviços sociais, mediante os quais se cumprem as funções básicas da Pedagogia Social: prevenção, ajuda e ressocialização ou reinserção.

Segundo Fermoso (1994, p.139), a partir do esclarecimento acima, a tarefa dos educadores sociais é árdua, pois *“a Educação Social não-formal, objeto da Pedagogia Social, tem ante si uma prolongada tarefa, dado que os papéis necessitam muito tempo para ser apreendidos ou modificados, e dado que ao longo da vida uma mesma pessoa desempenha diversos papéis, em períodos diferentes de sua vida”*.

A idéia da Educação como atividade indissociável na sociedade fez parte dos estudos dos grandes socialistas da história. Conforme Dommanget (1974, p.7), *“Platão é o mais antigo dos teóricos fundamentais do comunismo utópico”*, sendo o responsável pela ligação dos demais pensadores socialistas e a Grécia Antiga. Estamos destacando isso para

compreendermos que as atuais idéias sobre Educação Social não é algo novo, mas que foram valorizadas a partir de um contexto de transformações sociais recente.

Os Socialistas utópicos tinham em mente minimizar o antagonismos entre as classes sociais. No entanto suas idéias não conseguiram avançar na prática. Harnecker (1990, p. 110) sintetiza do seguinte modo o pouco avanço prático de suas idéias:

Eles não consideraram, em seus modelos de sociedade, a resistência que lhes podiam opor as classes dominantes. Tampouco tiveram idéia correta do papel do estado nas sociedades de classe. Não pensaram, portanto, que o aparato do estado burguês, a serviço das classes dominantes, iria ser usado por essas classes para se oporem à implantação de uma sociedade governada pelas bases. O ponto central de sua debilidade foi o método que pensavam usar para implantar a sociedade ideal: simplesmente por meio da propaganda ou por uma série de decretos. Acreditavam mais na bondade natural do homem, na possibilidade de se chegar a acordos amistosos entre os interesses antagônicos dos diferentes grupos da sociedade.

O pensamento dos utopistas, de acordo com Manacorda (1979, p.179), em especial Owen, teve influência sobre Marx, estabelecendo a relação dos socialistas utópicos com o marxismo. Porém, o avanço das práticas de Educação Social estiveram dependente de condições propícias da conjuntura social, o que nem sempre ocorreu.

Assim, durante o século XVIII e a primeira metade do século XIX, o modelo de sociedade imperante valorizava nitidamente o individualismo, colocando em segundo plano as ações de caráter social. Predominava, portanto, uma Pedagogia individual, dificultando o desenvolvimento de uma Pedagogia Social.

Por volta da segunda metade do século XIX, alguns fatos que levaram à mudança do contexto cultural favoreceram o florescer de uma Pedagogia Social. Entre esses fatos, podemos citar o manifesto comunista em 1948, as idéias do socialismo utópico, a fundação dos partidos socialistas e social-democratas, o início da Pedagogia Social, a sociologia científica de Comte e a criação dos sindicatos.



Em alguns países da Europa, principalmente na Alemanha, França, Itália, e Espanha, fatores relacionados a mudanças sociais proporcionaram o desenvolvimento da Pedagogia Social e de ações de Educação Social.

Esses fatos propiciaram um ambiente favorável ao desenvolvimento da Escola Nova e da Pedagogia Socialista, que favoreceu os primeiros estudos acerca de Educação Social.

A Educação Social é reconhecida por Educadores como Dewey, Durkheim e Freinet, entre outros, como importante objeto em diversas correntes pedagógicas.

Marx e Engels aproveitaram as idéias da Educação Social para a organização da Educação em um estado comunista. As necessidades sociais, nesse modelo político, superavam as necessidades individuais cabendo à Educação a criação do novo homem combatente e trabalhador.

Durante a primeira metade do século XX, consolidou-se a posição científica da Pedagogia Social, propiciando a evolução histórica da Educação Social.

Para Fermoso (1994, p. 137), uma Educação Social não deve desenvolver aspectos apenas genéricos para favorecer uma melhor relação humana, mas deve desenvolver conteúdos específicos, tais como habilidades sociais, interesses sociais, valores sociais, controle da agressividade e papéis sociais.

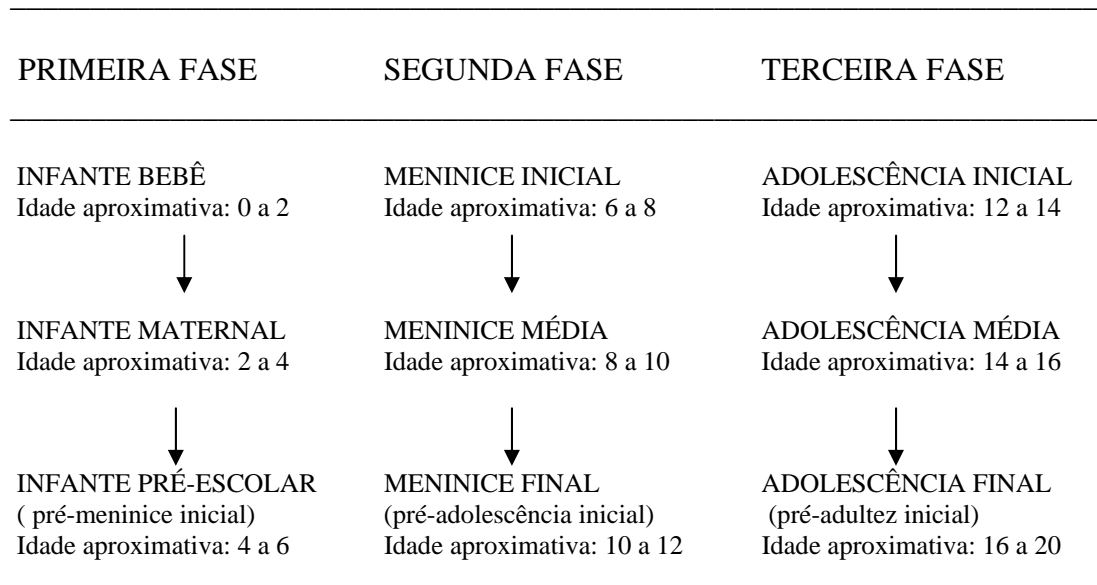
Esses conteúdos podem ser desenvolvidos em diversos âmbitos, tais como, os da esfera moral, sexual, profissional, sociocultural, saúde, ajuda ou ressocialização, infância, juventude, adultez e terceira idade.

Em relação às fases da Educação Social, considerando as etapas de vida de uma pessoa conforme sua idade, Fermoso (1994, p. 140-141) identifica a da primeira infância (0-3

anos), da segunda infância (3-6 anos), da terceira infância (6-12 anos), da adolescência e juventude (12-21 anos) do adulto (21-60 anos) e da terceira idade (acima de 60 anos).

Mosquera e Stobäus (1987, p. 70 e 77), em relação aos períodos evolutivos da pessoa humana consideram as seguintes fases, representadas nas figuras 5 e 6:

Figura 5: Fases Existenciais da Vida Infanto-Juvenil



FONTE: Mosquera e Stobäus (1984, p. 70)

Figura 6: Fases Existenciais da Vida Adulta



Fonte: Mosquera e Stobäus (1984, p. 77)

Conforme Fermoso (1994, p. 142), diversos modelos, baseados em teorias distintas e comprovadas em experiências pedagógicas, podem prestar-se para a Educação Social. Entre esses, o autor acima destaca os modelos psicoanalítico, comportamentalista, comunista, crítico-emancipatório e estruturalista.

Para Fermoso (1994, p. 129), “a história da Educação Social tem sido interpretada ao amparo das idéias da Escola de Frankfurt, que tratou de unir o conceito de Educação Social com o de vida social”.

Para uma definição sintética da Escola de Frankfurt, nos valem de Freitag (1988, p. 10), que assim se expressa:

Com o termo Escola de Frankfurt procura-se designar a institucionalização dos trabalhos de um grupo de intelectuais marxistas, não-ortodoxos, que na década dos anos 20 (século XX) permaneceram a margem de um marxismo-leninismo clássico, seja em sua versão teórico-ideológica, seja em sua linha militante e partidária.

Para Giroux (1986, p. 23), a Escola de Frankfurt, de um modo geral, “*ênfatisou a importância do pensamento crítico, na luta pela auto-emancipação e pela mudança social*”.

Freitag (1988), ao relatar a história da Escola de Frankfurt, a divide em quatro períodos.

O primeiro período vai desde sua fundação, como Instituto de Pesquisa Social, em 3 de fevereiro de 1923, até 1933, quando é fechado pelo governo nazista, marcando o fim de seu primeiro período. Nesse período, tem destaque a publicação da revista de pesquisa social, que serve para divulgar os trabalhos dos pesquisadores do Instituto. Seus expoentes principais nessa época são Horkheimer, Adorno, Marcuse, Benjamin e Fromm.

O segundo período, chamado período da emigração, vai de 1933 a 1950. Seus principais expoentes emigraram para os Estados Unidos. Nesse período são produzidas duas obras fundamentais: *A Personalidade Autoritária* (1950) de Adorno e outros colaboradores e *A Dialética do Esclarecimento* (1947) de Horkheimer e Adorno. Na primeira é feita uma reflexão sobre a integração do funcionamento do psíquico do indivíduo em relação ao meio sociopolítico em que vive. A evolução da cultura em sociedades modernas capitalistas é analisada na segunda obra.

O terceiro período é marcado com o retorno de Horkheimer e Adorno à Alemanha em 1950, e vai até 1970. Esse período é assim caracterizado por Freitag (1986, p. 26):

A incorporação da Teoria Crítica ao movimento estudantil parecia anunciar seu fim. A desilusão e a incompreensão de ambas as partes – frankfurtianos e estudantes – terminou com a saída de Horkheimer para a Suíça (1967), a morte prematura de Adorno (1969) e a crítica de Marcuse a certas simplificações da *new left*... Um pequeno grupo de estudantes optou pelo debate teórico com os frankfurtianos, desenvolvendo linhas de trabalho nas quais entretanto, não se deixa de sentir a influência do pensamento crítico de Frankfurt.

Habermas no final dessa fase, início do quarto período, surgem duas tendências na Escola de Frankfurt, a primeira, preservando o pensamento de Adorno, Horkheimer, Benjamin e Marcuse, e a segunda, prosseguindo esse pensamento, até criticando-o se necessário, visando à sua superação. A essa segunda linha está associado Habermas, cujos estudos culminam em uma teoria da ação comunicativa que preserva o caráter crítico dos teóricos de Frankfurt, pela reformulação e inovação teórica que leva à superação da linha inicial de pensamento.

Habermas constrói uma Teoria do Conhecimento que chama de Teoria dos Interesses Constitutivos dos Saberes. A construção do conhecimento é mediada por interesses desenvolvidos por situações socioeconômicas. Portanto, os diferentes tipos de saberes não são neutros, mas dependentes do interesse particular a que servem. Para Habermas, o saber técnico, que visa facilitar aos seres humanos um controle técnico sobre os objetos naturais, não é o único tipo de saber.

A questão proposta por Habermas (1987, p.104) é *“como poderemos nós empreender a tentativa de sujeitarmos ao nosso controle as relações espontâneas entre o progresso técnico e o mundo da vida”*.

Carr e Kemmis (1988, p.149) representam a análise de Habermas, que considera interesse, saberes, meio e ciência, conforme a figura 7:

Figura 7: Interesse, Saberes, Meio e Ciência na Visão de Habermas

<b>INTERESSE</b>	<b>SABER</b>	<b>MEIO</b>	<b>CIÊNCIA</b>
TÉCNICO	Instrumental (explicação causal)	O trabalho	As empírico-analíticas ou naturais
PRÁTICO	Prático (entendimento)	A linguagem	As hermenêuticas ou interpretativas
EMANCIPATÓRIO	Emancipatório (reflexão)	O poder	As ciências críticas

FONTE: Carr e Kemmis (1988, p.149)

Para Habermas (1987, p. 105), “ *o que importa é pôr em andamento uma discussão politicamente eficaz, que consiga pôr em relação, de um modo racionalmente vinculante, o potencial social do saber e poder técnicos com o nosso saber e querer práticos*”.

Habermas utiliza-se do conceito marxista de crítica ideológica, observando que a manutenção de formas de vida satisfatória está ligado ao interesse dos outros. Também se utiliza da Psicanálise ao entender que, além da compreensão das relações sociais a que está submetido, o indivíduo deve operar uma transformação em seu auto-entendimento que lhe possibilite mudar sua história individual.

Uma teoria social crítica tem sua origem a partir dos problemas da vida cotidiana e de como resolvê-los. Habermas ao desenvolver a Teoria da Competência Crítica, volta-se para a análise da linguagem e do discurso.

Segundo Carr e Kemmis (1998, p. 154), a teoria da competência comunicativa “*trata de demonstrar que a justificação normativa do saber emancipador está incorporada na estrutura de ação comunicativa, de cuja análise e exploração se ocuparia a ciência social crítica*”.

Feitas essas considerações que fundamentam uma base teórica acerca da Educação Social, torna-se indispensável a abordagem de programas de animação cultural, indispensáveis para promover ações de participação e de vida associativa nas populações a serem atingidas.

Ander-Egg (1991, p.11) assim se expressa a respeito da animação sociocultural como meio de desenvolver a participação e autonomia das pessoas:

A animação constitui um instrumento idôneo para gerar processos de participação, proporcionando à indivíduos, grupos e comunidades, os instrumentos necessários para que, com liberdade, responsabilidade e autonomia, possam desenvolver sua vida cultural.

A ação da animação sócio-cultural, que se vale de conhecimentos produzidos pela área das Ciências Sociais, como por exemplo a Sociologia, Psicologia, Antropologia, etc. e, em relação aos aspectos operativos, se apóia na Metodologia Científica, se dá como práxis e/ou prática social intencional.

Em relação às funções da animação sócio-cultural, Ander-Egg (1991, p. 16) afirma que estas dizem respeito a “*promover, alentar, animar pessoas, despertar inquietudes, estimular para a ação, enfim fazer brotar potencialidades latentes de indivíduos, grupo e comunidades*”.

A atuação da animação pode estar associada a diferentes atividades. Pode esta ação se dar no setor cultural, educativo ou social; em nível institucional (asilos, clubes, centros da

saúde, etc.), técnico (desportivo, musical, etc.) ou social (emigrantes, jovens, etc.; distinguir critérios como idade, sexo, etc.; ser governamental ou espontâneo e informal; centrar-se no conteúdo ou no grupo; e o animador pode ser profissional ou voluntário.

Em relação ao animador, Ander-Egg (1987, p.37) declara que suas qualidades pessoais são mais importantes do que as condições intelectuais, pois a tarefa de animador sociocultural requer uma série de qualidades básicas. Ander-Egg (1987, p.38) destaca estas capacidades: infundir vida; mística e vocação de serviço; convicção e confiança de que as pessoas têm capacidade de sair da sua situação e fazer-se protagonistas de sua própria promoção social e cultural; habilidade para motivar; senso de humor e maturidade emocional.

Finalmente, apesar das dificuldades em explicar o termo animação sócio-cultural, Ander-Egg (1991, p. 90) considerando que o mesmo implica ação, movimento, atividade, ímpeto, impulso, vida, propõe a seguinte definição:

A animação sociocultural é uma forma de ação sócio-pedagógica que, sem ser a única, se caracteriza, basicamente, pela busca e intencionalidade de gerar processos de participação nas pessoas. Apesar de não ter um perfil de atuação totalmente definido, estes processos estão guiados por processos operativos que buscam criar espaços para a comunicação interpessoal ao mesmo tempo que excluem toda forma de manipulação.

E prossegue o autor:

Nos programas de animação não se dão ordens nem conselhos, mas se estimula a organização autônoma das pessoas. Não se dirige nem se manipula paternalisticamente, mas se anima para que cada um seja protagonista, na forma, medida e ritmo que cada um determina, seja como indivíduo, grupo ou coletividade.

As considerações antes feitas acerca da Educação Social são fundamentais para podermos compreender as ações de Educação para a Saúde com base neste referencial.



Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 12) nos dizem que as ações de Educação para a Saúde são sustentadas pela reflexão pedagógica social e foram incluídas em diversos planos de estudos de Pedagogia Social e Educação Social em diversas Universidades da Espanha. Para esses autores (p. 12), *“isto representa um reconhecimento explícito de seu caráter educativo e sua vinculação essencial à ação educativa social, tanto por suas particularidades e conteúdos epistemológicos como sua metodologia intervencionista”*.

Tentando aprofundar essa ligação da Educação para a Saúde em relação à Pedagogia Social, Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 12) nos trazem a seguinte explicação:

A Educação para a Saúde responde à exigência de cobrir e prevenir as necessidades sociais no terreno da saúde e da qualidade de vida mediante a detecção e aplicação de medidas educativas; para isso recorre aos métodos e construções teóricas da Pedagogia Social, na perspectiva de contribuir para a criação das condições que cubram as necessidades de ordem individual e social tendo como meta a auto-realização dos indivíduos e das coletividades.

Remón (2000, p.65) afirma que *“a Educação Social constitui um processo multidimensional que pode ser explorado a partir de três pontos de vista, ou seja, como processos de comunicação, intervenção social e educativo”*.

E o autor (p. 65) explica esses três processos:

- Processo de comunicação porque implica a existência de uma mensagem e uma relação entre emissor e receptor.
- Processo de intervenção social porque a transmissão da dita mensagem se realiza em um contexto socioeconômico e cultural variável que determina comportamentos e estilos de vida relacionados com a saúde.
- Processo educativo porque implica a vontade de estabelecer ou modificar determinadas condutas.

Com isso, podemos avançar, dizendo que, devido à complexidade dos determinantes da saúde individual ou coletiva, uma educação para a saúde infantil deve contemplar uma gama imensa de aspectos. Somente aspectos biológicos e combate pontuais de doenças associados à presença de um sistema de saúde que possibilite o acesso da população ao mesmo se mostrarão insuficientes para atingir os resultados esperados. Há de se considerar o meio em que a criança vive e os determinantes de seu estilo de vida, cuja forma repercutirá sobre sua saúde.

Mais importante do que o acesso ao sistema de saúde isolado, provavelmente será abordar a perspectiva de uma educação para a saúde infantil e mudança social.

Para Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 104), *“se entende por mudança social aqueles processos que modificam a estrutura e o funcionamento dos sistemas sociais”*. Esses processos provocarão mudanças profundas nas formas de vida das famílias e em seus condicionantes de saúde.

Bertrand (2001, p. 151), ao analisar as teorias sociais da Educação, afirma que *“através da educação se adquire ferramentas afetivas, intelectuais, psicomotoras, imaginativas e outras, que permitirão intervir numa situação e, por consequência, transformar a realidade do dia-a-dia”*.

Para Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 105), *“sem dúvida, o alcance da capacidade de ação socioeducativa para a saúde se situa, em geral, nos chamados níveis ‘micro’ da sociedade, ou seja, no terreno social mais delimitado, o comunitário”*.

Nessa visão, a Educação para a Saúde voltada às comunidades ganha perspectiva de capacitação e organização social redefinida, transformando-se em forte agente de mudança

social, podendo estimular, facilitar ou criar situações de mudanças nas condições de vida das mesmas.

Para Mosquera e Stobäus (1984, p. 32), uma Educação para a Saúde deve *“prover ao indivíduo experiências significativas de saúde que possam modificar seus conhecimentos, capacitando-o a resolver seus problemas pessoais, familiares e comunitários”*.

Sua intervenção nos processos que levam à mudança social se dá em nível de capacitação da comunidade para a compreensão dos fatores que a afetam, na utilização de recursos disponíveis e na ampliação de sua capacidade de ação e participação na definição das políticas e utilização de recursos públicos.

Isso poderá ser possível através do desencadeamento de ações específicas desenvolvidas num processo de Educação não-formal.

Com esse conjunto de considerações acima descrito, acreditamos poder situar a questão da problemática da sobrevivência infantil e como superá-la num contexto de complexidade e em conexão com uma visão de Saúde e Educação.

## **2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

### **2.1 ÁREA TEMÁTICA**

Ao discutirmos a área temática, abordaremos aquilo que é nosso interesse nesta nossa Tese, ou seja, o assunto que pretendemos estudar e investigar.

No entender de Marconi e Lakatos (1990, p. 23), investigar significa “*encontrar um objeto que mereça ser investigado cientificamente e tenha condições de ser formulado e delimitado em função da pesquisa*”. Como ponto de partida para a busca de um tema de pesquisa, levamos em consideração o nosso interesse pessoal.

Asti Vera (1979, p.101), Barros e Lehfeld (1991, p. 26) e Fazenda (1991, p.16) ressaltam a importância da familiaridade do pesquisador com o tema como fator facilitador da pesquisa. Assim, procuramos a partir da observação do cotidiano e da nossa atuação profissional delimitar a área temática. Fruto de nossa atuação profissional e de nosso interesse particular pelos cuidados dispensados à criança nos voltamos, nesta Tese, ao interesse de estudar as políticas públicas governamentais voltadas à sua proteção, mais especificamente na área da Saúde e suas ligações com a Educação. Portanto, definimos uma área de interesse a ser investigada. No entanto, trata-se ainda de uma delimitação bastante ampla, sendo

necessário para a concretização da pesquisa um foco mais preciso e delimitado sobre este assunto.

Booth, Colomb e Williams (2000, p.35) consideram que o estabelecimento de um tópico mais específico nos permitirá dominar uma quantidade razoável de informações.

Marconi e Lakatos (1990, p.23) também afirmam que o tema deve ser preciso, bem determinado e específico, de modo que possa responder à pergunta: o que será explorado? Considerando a intenção desta pesquisa de situar-se na área do Desenvolvimento da Pessoa, Saúde e Educação, delimitamos a Área Temática por nós proposta para esta Tese:

**A influência das políticas públicas de saúde e sua dimensão e perspectiva educativa para a sobrevivência infantil no Rio Grande do Sul: uma visão a partir de depoimentos de profissionais técnicos de Saúde Pública de nível superior.**

Considerando que a proteção à criança e à sobrevivência infantil, principalmente em países em desenvolvimento, ainda depende de modo preponderante das ações governamentais e que as reflexões sobre essas ações influenciam decisivamente seus resultados, acreditamos poder dar uma contribuição pessoal ao tema não só pela sua delimitação e focalização, mas também pelo método de tratamento do mesmo.

## **2.2 OBJETIVOS**

O Objetivo Geral é o seguinte:

- Conhecer que critérios, fatores facilitadores ou dificultantes do avanço das políticas públicas e conhecimentos, em especial os relacionados à educação de um modo geral e à educação para a saúde de modo específico, são levados em

consideração para a elaboração dos programas de saúde pública voltados para a infância.

Os Objetivos Específicos são os seguintes:

- Apurar que critérios utilizam profissionais técnicos que participam das políticas públicas estatais, em especial os relacionados à educação de um modo geral e à educação para a saúde de modo específico, ao elaborarem Programas de Saúde Pública voltados à infância.
- Detectar que fatores facilitam ou dificultam o avanço nas políticas públicas voltadas à infância, em especial os relacionados à educação de um modo geral e à educação para a saúde de modo específico, indicando uma modificação para os próximos anos, segundo profissionais técnicos.
- Verificar que conhecimentos possuem profissionais técnicos, em especial os relacionados à educação de um modo geral e à educação para a saúde de modo específico, e instâncias de participação nas políticas públicas voltadas à infância.

### **2.3 QUESTÕES DE PESQUISA**

Ao iniciarmos este tópico, gostaríamos de esclarecer que considerados os aspectos relativos às dimensões históricas, temporais e existenciais que envolvem esta pesquisa, concluímos que a elaboração de questões de pesquisa é muito mais enriquecedora do que a formulação de hipóteses.

Conforme Minayo (1994, p. 40), as Questões de Pesquisa, mais do que respostas objetivas, propiciam “*um diálogo que se estabelece entre o olhar do investigador e a*

*realidade a ser investigada”, levando a “afirmações provisórias a respeito de determinado problema em estudo”.*

Em relação às Questões de Pesquisa, temos em mente que elas representam o que desejamos investigar. É a fase em que devemos problematizar sobre as especificidades do tema delimitado anteriormente.

Para Gil (1994, p.52), *“problema é qualquer questão não resolvida e que é objeto de discussão, em qualquer domínio do conhecimento”*. Para este mesmo autor (p.53), *“um problema é testável cientificamente quando envolve variáveis que podem ser observadas ou manipuladas”*.

Marconi e Lakatos (1990, p. 24) referem que um problema envolve *“um processo contínuo de pensar reflexivo, cuja formulação requer conhecimentos prévios do assunto, ao lado de uma imaginação criadora”*.

Minayo (1994, p. 38) afirma que *“um problema decorre de um aprofundamento do tema, sendo individualizado e específico”*.

Em relação às características que devem possuir as Questões de Pesquisa, baseando-nos em comentários de Gil (1994, p.57 e 58), ao descrever as propriedades de um problema, consideramos que as mesmas devem ser formuladas como pergunta, ser clara e precisa e delimitada a uma dimensão variável.

Consideradas essas premissas iniciais, julgamos oportuna a elaboração das seguintes Questões de Pesquisa:

- Que critérios e bases referenciais são utilizados pelos profissionais técnicos que participam das políticas públicas voltadas à infância, ao elaborarem programas de Saúde Pública para a criança?
- Qual a dimensão e perspectiva educativa das políticas públicas voltadas à saúde infantil, segundo os profissionais técnicos?
- Que instâncias de participação são consideradas para a elaboração desses programas, segundo os profissionais técnicos?
- - Que fatores facilitam ou dificultam o avanço das políticas de Saúde Públicas voltadas à infância, segundo os profissionais técnicos?
- Que conhecimentos possuem profissionais técnicos nas políticas públicas de saúde voltadas à infância, segundo os profissionais técnicos?
- Que instâncias de participação utilizam profissionais técnicos nas políticas públicas voltadas à infância?

## **2.4 CAMPO DE AÇÃO**

Correspondendo ao que propomos como de nosso interesse a ser investigado, definido na Área Temática, os diferentes contextos em que ocorrem os Programas de Saúde Pública voltados à infância, potencialmente possuidores das mesmas dúvidas motivadoras desta Proposta de Tese, revelam a possibilidade de uma pesquisa abrangente para a investigação das questões formuladas.



No entanto, antes de explorarmos essa possibilidade, devemos fazer uma prévia reflexão, baseada na literatura específica a respeito deste tópico e de nossas disponibilidades pessoais.

Delimitar é estabelecer limites para a investigação. Para Marconi e Lakatos (1990, p. 27), “*a pesquisa pode ser delimitada em relação à extensão porque nem sempre se pode abranger todo o âmbito onde o fato se desenrola*”. Em nosso caso, a multiplicidade de realidades vivenciadas, seja em nossa cidade, regiões do estado ou o estado como um todo, bem como a diversidade de serviços públicos de saúde oferecidos e o número de profissionais que neles trabalham servem como exemplo ao anteriormente citado e nos impõem um primeiro limite. Além desse fator, para os mesmos autores (1990, p. 27), “*uma série de outros fatores, meios humanos, econômicos e de exigüidade de prazo, também podem reduzir seu campo de ação*”. Também esses fatores, em menor ou maior grau, se fizeram presentes em nossa pesquisa, o que nos fez considerá-los para a sua delimitação.

Refletir acerca desses fatores é importante para o sucesso futuro da pesquisa, pois, como afirmam Barros e Lehfeld (1991, p.19), “*projetar significa **antever** e metodizar as etapas ou fases **para a operacionalização** de um trabalho dado*”. Mesmo assim, esses fatores relativos à extensão de sua área de atuação, disponibilidade humana, econômica e de prazo não devem em hipótese alguma impedir a validade técnica da pesquisa.

Essas são considerações iniciais necessárias para o entendimento da delimitação do Campo de Ação desta pesquisa.

Isto nos levou a levantar os dados para a presente pesquisa junto à Secretária Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, mais precisamente na seção de saúde da criança em nível central e suas similares em níveis regionais, considerando a estrutura organizacional

da SES, que conta com um nível central e 19 coordenadorias regionais de saúde, cujas atividades têm influência em nível estadual.

Para tal escolha, levamos em consideração o fato de o Estado do Rio Grande do Sul apresentar os melhores indicadores de saúde relacionados à infância entre todos os estados brasileiros e pelo reconhecimento externo de suas políticas nessa área. Além disso, fazemos parte da mesma como técnico-científico há 20 anos e o grupo de técnicos que contribuiu para este estudo trouxe elementos importantes que enriqueceram o tema a ser pesquisado, beneficiando, também, outros serviços.

Em relação à delimitação do Campo de Ação, a partir da análise do conjunto de fatores antes relatados, Gil (1994, p.55) afirma que *“isto não impede, porém, que pesquisas importantes possam ser desenvolvidas com estes condicionantes”*, afirmando esse mesmo autor que *“o que se torna necessário é a suficiente habilidade do pesquisador no sentido de adequar as oportunidades oferecidas a objetivos adequados”*.

## **2.5 MODELO DE ESTUDO**

Definidos a Área Temática e os objetivos, elaboradas as Questões de Pesquisa e delimitado o Campo de Ação, definimos um plano de investigação. Pensamos que este plano de investigação devesse contemplar uma pesquisa de campo, pois, além de nos permitir uma aproximação com o que desejamos conhecer e estudar, também nos possibilitaria a criação de um novo conhecimento a partir da realidade que a nós se apresentou.

Inicialmente é oportuna uma definição sobre o campo de pesquisa. Para Minayo (1994, p. 53), o campo de pesquisa é *“o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço,*

*representando uma entidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.*

Cruz Neto (1994, p. 54) considera que, além desse recorte espacial, devemos levar em conta as pessoas que estão presentes no mesmo, *“numa dinâmica de interação social, sujeitos de uma determinada história a ser investigada, sendo necessária uma construção teórica para transformá-los em objeto de estudo”*. Esses sujeitos, atores da interação social, trazem, cada um, uma história cheia de significados, criada por aspirações, motivações, crenças e valores, que constitui o seu universo próprio e, certamente, possibilitadora de nos fornecer indícios sobre o que queremos pesquisar. A esse respeito, Mosquera e Stobäus (1998, p. 100) nos dizem que *“os indícios, pelos quais as significações nos são dadas, constituem signos, quer dizer, realidades referenciais que conduzem a um sentido”*. Ao estudarmos este universo expresso por opiniões de pessoas, damos para esta pesquisa um cunho qualitativo, e o fato de estarmos nós também envolvidos nesse universo, facilita a nossa expressão nessa investigação. Para o desenvolvimento desta pesquisa, propomos uma metodologia de nível exploratório descritivo.

Para Triviños (1987, p. 110), *“a maioria dos estudos que se realizam no campo da Educação é de natureza descritiva”* e este tipo de estudo (p. 112),

[...] pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.  
[...] Para que os estudos descritivos tenham certo grau de validade é importante um exame crítico das informações por parte do investigador, bem como precisa de delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientaram a coleta e interpretação dos dados.

No entanto, isso não nos impede de levantarmos, durante a investigação, dados objetivos que nos possam dar uma visão quantitativa do nosso objeto de estudo.

A partir dessas considerações, podemos definir nossa pesquisa como de campo, de cunho quantitativo e qualitativo, com metodologia em nível exploratório-descritivo.

Para a sua execução, seguiremos as normas técnicas propostas pela Associação Brasileira de Normas técnicas (ABTN).

## **2.6 PROCEDIMENTOS**

Ao iniciarmos esta etapa do Projeto de Pesquisa, gostaríamos inicialmente de salientar que as pesquisas qualitativas, em relação aos seus objetivos e procedimentos envolvidos, podem apresentar diferenças entre si. Como consequência, não encontraremos um modelo único que nos auxilie no delineamento de todos os passos do processo de pesquisa. Com isso, uma certa arbitrariedade pode determinar o encadeamento das diferentes fases da pesquisa.

Apesar dessas considerações iniciais, é fundamental que pensemos na construção de algumas etapas que guardem relação de coerência entre si, visando garantir a consistência da pesquisa.

De modo amplo, algumas grandes etapas gozam da concordância da maioria dos pesquisadores. Nesta fase, nos valem das mesmas para projetarmos as diferentes etapas desta pesquisa.

Etapa 1 –Aprovação do Projeto de Pesquisa diante de Banca de Defesa da Proposta de Tese.

Etapa 2 - Contato com a Secretaria Estadual da Saúde, na qual foi realizada a pesquisa, visando reiterar o apoio formal para a mesma e dados que se julguem necessários para a pesquisa.

Etapa 3 – Aplicação dos instrumentos da pesquisa, inicialmente o Questionário e depois a Entrevista.

Etapa 4 – Análise e Interpretação dos dados obtidos.

Etapa 5 – Relatório Final da Pesquisa e defesa da Tese de Doutorado.

## **2.7 SUJEITOS DA PESQUISA**

As possibilidades de ação dos técnicos das políticas estatais de saúde estão associadas a um amplo campo de atuação. Ações de promoção da saúde infantil, como o incentivo ao aleitamento materno, de prevenção de doenças, como no caso da indicação de vacinas e de recuperação da saúde quando a criança é acometida por doenças são exemplos dos diversos níveis possíveis de atuação. Com isso, o local de atendimento da criança, dependendo do estado de sua saúde ou de fatores culturais, também pode variar. Assim, ela pode ser atendida em sua comunidade, em um ambulatório hospitalar, em uma emergência, em uma enfermaria ou em uma unidade de tratamento intensivo.

Esse extenso campo de ação e a acumulação do conhecimento nesta área da medicina, nos últimos anos, levaram à possibilidade de uma enorme gama de ação das políticas públicas, a partir da divisão do atendimento pediátrico em níveis de atuação.

A princípio, essa excessiva divisão da Pediatria poderia causar uma certa dificuldade para compatibilizarmos o tema da pesquisa e as questões propostas com sujeitos que pudessem nos dar respostas ao que propomos pesquisar.

No entanto, sendo a Secretaria Estadual da Saúde a coordenadora dos diversos níveis de atuação das políticas públicas voltadas à criança e seus técnicos possuidores de uma formação que contempla essa diversidade, tivemos nesse cenário um campo fértil para esta pesquisa.

Com isso, eliminamos alguma dificuldade inicial que à primeira vista pudesse haver e, considerando o campo de ação desta pesquisa previamente delimitado, todos os técnicos científicos da Secretária Estadual da Saúde podem ser considerados um potencial sujeito da pesquisa.

No entanto, o quadro de técnicos atuando na Secretaria Estadual da Saúde constitui um número excessivo para a inclusão de todos como sujeitos da pesquisa, considerando, por exemplo, a realização de entrevistas e as condições para a realização das mesmas. Assim, limitamos para a investigação um número menor de pessoas, mas que podiam nos dar informações consideráveis como representativas do todo.

Deslandes (1994, p. 43), acerca dessa limitação, afirma que *“a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é quais indivíduos têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?”*

Com isso, escolhemos intencionalmente entre os técnicos aqueles mais comprometidos e que tenham funções em nível central, seja no Centro Administrativo do Estado ou nas Coordenadorias Regionais de Saúde.

A esse respeito, Marconi e Lakatos (1990, p. 47) afirmam que *“o tipo mais comum de amostra não probabilística é a denominada intencional”*. Para essas mesmas autoras (1990), neste tipo de pesquisa, *“o pesquisador se dirige a sujeitos que, segundo seu entender, pela função desempenhada, cargo ocupado, prestígio social, exercem as funções de líderes de opinião no grupo”*.

Considerando os níveis de atuação antes citados, escolhemos para as entrevistas nove técnicos que consideramos suficientes para nos dar respostas, através de entrevistas, às nossas

questões, levando em consideração, conforme Deslandes (1994, p.43), que “*amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões*”.

Por outro lado, isso não significou excluir da pesquisa os demais técnicos, pois a utilização de outro instrumento de pesquisa, como o questionário, contemplou o universo de técnicos-científicos que lidam com as políticas voltadas à criança em nível central e enriqueceu esta tese.

## **2.8 INSTRUMENTOS**

Para a obtenção de dados que suscitassem respostas às questões por nós levantadas, valemo-nos da utilização de questionários e entrevistas.

A justificativa para a utilização de dois instrumentos diferentes diz respeito à impossibilidade de tempo para realizarmos e analisarmos entrevistas feitas com todos os técnicos de nível central que lidam com as políticas voltadas à criança e a nossa intenção, pela riqueza de informações, de trabalharmos nesta pesquisa com todos esses técnicos, o que será somente possível através do questionário.

A partir desta justificativa inicial, algumas considerações acerca da utilização do questionário e de entrevista como instrumentos de uma pesquisa tornam-se oportunas.

Em pesquisas qualitativas, para Gil (1994, p. 124), “*o questionário constitui-se em uma das mais importantes técnicas para a obtenção de dados*”.

Por definição, segundo Marconi e Lakatos (1990, p. 88), “*o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador*”.

Entre as vantagens desta técnica, podemos citar a economia de tempo, a possibilidade de obtermos um grande número de dados, de atingirmos um grande número de pessoas, simultaneamente, de gerarmos maior liberdade e segurança para os sujeitos da pesquisa pela ausência do pesquisador e pela não-identificação dos mesmos, de podermos responder no momento que julgarmos o melhor e mais oportuno, de termos uniformidade na avaliação pela natureza impessoal do instrumento e de obtermos respostas que seriam materialmente inacessíveis.

Entre as principais desvantagens da utilização do questionário como método de pesquisa, podemos citar a falta de garantia da devolução dos questionários, a possibilidade de perguntas sem respostas, a impossibilidade de esclarecermos os informantes em questões mal compreendidas e a necessidade de limitarmos o número de questões para aumentarmos as chances de retorno dos mesmos.

A partir do exposto, antes da elaboração do questionário, outras considerações devem ser vistas como relevantes.

Em relação à escolha das perguntas, valendo-nos de Gil (1994, p. 129), seguimos algumas regras como a relação das mesmas com os objetivos da pesquisa, sua forma de elaboração que permita respostas sem maiores dificuldades, evitar perguntas que penetrem na intimidade dos profissionais e levar em conta implicações com a futura tabulação e análise de dados.



Para esse mesmo autor (1994, p. 129), “*as perguntas devem ser formuladas de maneira clara, concreta e precisa; devem possibilitar uma única interpretação; não devem sugerir respostas e devem referir-se a uma única idéia de cada vez*”.

Em relação à extensão e o número de perguntas, não existe uma regra fixa, mas a maioria dos autores considera ideal o questionário que contenha de 20 a 30 perguntas e possa ser respondido em torno de 30 minutos.

Em relação à forma das perguntas, as mesmas podem ser com respostas abertas ou fechadas. Estas últimas podem ainda ser subdivididas em dicotômicas (apenas duas respostas, como sim ou não) ou de escolha múltipla.

Utilizamos, em relação à parte básica da pesquisa, relacionada a seus objetivos, questões dicotômicas e de múltipla escolha. Em relação a esta última, além de escolhas com uma única resposta, também utilizamos perguntas de estimação ou avaliação que, no entender de Marconi e Lakatos (1990, p. 93), “*consistem em emitir um julgamento através de uma escala com vários graus de intensidade para um mesmo item*”.

No entanto, além das questões básicas que dizem respeito aos objetivos da pesquisa, elaboramos perguntas que de fato nos permitam obter dados objetivos como respostas dos técnicos, como idade, sexo, tempo de atuação no estado, entre outras.

O pré-teste, como prova preliminar de testagem do instrumento, ajudou a evidenciar falhas que corrigimos antes de sua aplicação definitiva.

A partir dessas considerações, elaboramos um Questionário, como instrumento de pesquisa, conforme detalhado no Anexo 1, enviado a cada sujeito da pesquisa e devolvido anonimamente. Em relação à Entrevista, como instrumento de pesquisa, optamos por utilizar neste estudo a semi-estruturada.

No âmbito da investigação qualitativa, a entrevista é um valioso meio para obtermos informações, sendo considerada por diversos autores, como Gil (1994, p. 113), *“a técnica por excelência na investigação social”*.

Conforme Lodi (1986, p.65), *“a entrevista é útil para confirmar ou assegurar dados objetivos, obter cooperação para a busca de dados e obter opiniões”*.

Possibilita, portanto, uma grande interação interpessoal, oferecendo grande flexibilidade, e permite a obtenção de dados com grande fidedignidade a respeito das ações humanas.

A respeito da magnitude dessa interação interpessoal, Garret (1988, p. 16) afirma que *“a entrevista envolve uma relação mais íntima e sutil entre os seres humanos do que isto pode parecer à primeira vista”*.

A esse respeito, Cruz Neto (1994, p.57) declara que *“ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”*.

Triviños (1987, p.152) diz que a entrevista *“favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas, também, sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de uma situação específica como de situações de dimensões maiores”*.

A entrevista, por ser uma forma flexível de coleta de dados, pode ser classificada em vários tipos: estruturada, semi-estruturada, focalizada ou informal.

Para nossa Tese, consideramos ideal que a entrevista apresentasse um certo grau de estruturação ou alguns pontos de interesse previamente relacionados para serem explorados.

Com isso, reduzimos o número de perguntas formuladas, o que nos permitiu um certo grau de liberdade para a manifestação do entrevistado.

Com esses argumentos, direcionamos nossa entrevista como semi-estruturada com uma relação de pontos prévios a serem explorados e, ao mesmo tempo, podendo usar a liberdade de alterar tópicos ou incluir questões, se determinadas situações assim o exigirem durante sua realização.

Para atingirmos o êxito nas entrevistas que realizamos, seguimos as normas propostas por Marconi e Lakatos (1990, p. 87), que enfatizam a importância do contato inicial, da formulação das perguntas, do registro das respostas e do término da entrevista.

Com o consentimento prévio dos entrevistados, gravamos as entrevistas para posterior transcrição e utilização como fonte de dados, preservando suas identidades.

Com base nessas considerações, organizamos um guia para a entrevista semi-estruturada que consta no Anexo 2.

A partir da utilização destes instrumentos de pesquisa e de posse dos dados levantados, foi-nos possível iniciar a análise dos mesmos.

## **2.9 ANÁLISE DOS DADOS**

Ao chegarmos a essa fase da Tese, compreendemos que a sua realização depende das etapas anteriores. Assim, uma correta interpretação dos dados que possibilite conclusões válidas está diretamente ligada à suficiência dos dados coletados e em correspondência com a Fundamentação Teórica, a Área Temática, os Objetivos e as Questões de Pesquisa.

Para Gomes (1994, p.68), essa fase pode ser denominada análise e interpretação, sendo a primeira a descrição dos fatos e a segunda, a articulação desta descrição com conhecimentos mais amplos. Também, para esse autor, pode-se compreender a análise num sentido mais amplo, abrangendo a interpretação. Conforme esse último conceito, que seguimos, Gomes diz que *“a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa”*.

A partir disso, podemos definir as três finalidades para esta etapa, que devem, conforme Gomes (1994, p.69), *“estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder às Questões de Pesquisa e ampliar conhecimento sobre o assunto, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte”*.

Considerando a utilização de dois instrumentos de pesquisa, o questionário e a entrevista, iniciaremos a análise dos dados pelas respostas obtidas através dos questionários.

Os questionários, a partir de informações de cunho quantitativo e qualitativo, nos permitem conhecer o perfil dos técnicos que atuam nas políticas de saúde pública voltadas à criança em nosso estado, no nível central e nas Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como uma visão ampla de como esses profissionais vêem a situação atual da criança em nosso estado associada à Saúde Pública.

Dos 32 questionários enviados para os técnicos que trabalham na Secretaria Estadual da Saúde, abrangendo 13 técnicos do nível central e 19 técnicos que atuam nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado e responsáveis, em cada uma delas, pelo desenvolvimento das ações da Secretaria da Saúde voltadas à criança, obtivemos a devolução de 30 questionários que constituem a amostra da análise a seguir.

O questionário foi dividido em duas partes. Na primeira parte, procuramos traçar um perfil do grupo de profissionais e, na segunda parte, procuramos obter informações acerca do que pensa esse grupo sobre questões de Saúde Pública voltadas à infância em nosso estado.

Após a análise dos dados dos questionários, aprofundando a discussão propiciada pelos mesmos, passamos, então, à análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

### **2.9.1 Análise das Informações e Opiniões Obtidas através das Respostas às Perguntas dos Questionários**

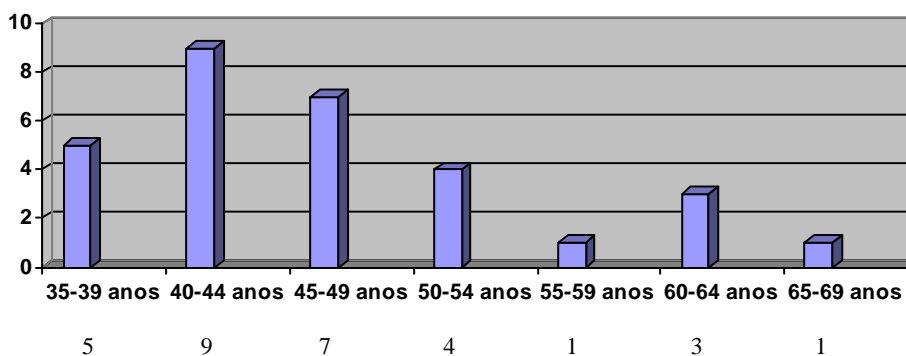
#### ***1ª PARTE: CONHECENDO O GRUPO DE PROFISSIONAIS QUE ATUA COM AS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE EM NÍVEL CENTRAL E NAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE (CRS)***

##### ***PERGUNTAS DE NÚMERO 1 A 12: REFERENTES A INFORMAÇÕES PESSOAIS.***

**Pergunta 1.** Qual a idade dos profissionais que responderam ao questionário?

A idade dos profissionais que responderam ao questionário, varia de 36 a 66 anos. No gráfico 2 podemos ver a distribuição desses profissionais por faixas etárias.

Gráfico 2: Distribuição por faixa etária dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul, em nível central e das CRS

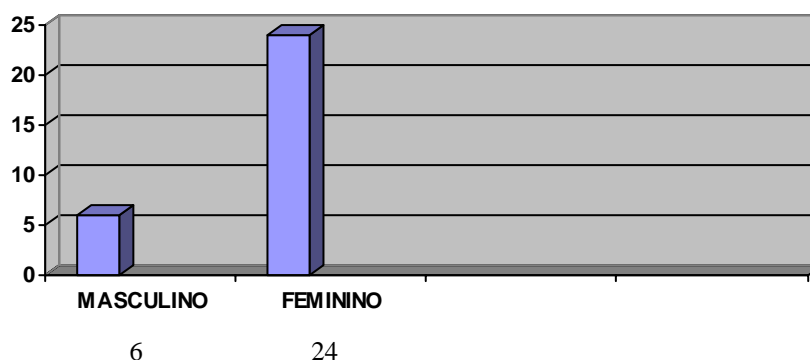


**Pergunta 2.** Qual o sexo dos profissionais que responderam ao questionário?

Dos profissionais que responderam ao questionário, vinte e quatro, correspondendo a 80% do total, são do sexo feminino e seis, 20%, são do sexo masculino.

Essa distribuição pode ser vista no gráfico 3.

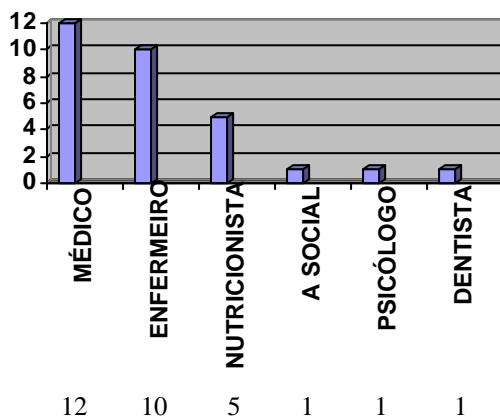
Gráfico 3: Distribuição por sexo dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 3.** Qual a profissão dos profissionais que responderam ao questionário?

Entre os técnicos de nível superior da Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul que atuam nas ações de saúde da criança predominam os médicos e os enfermeiros. Essa distribuição por profissões pode ser vista no gráfico 4.

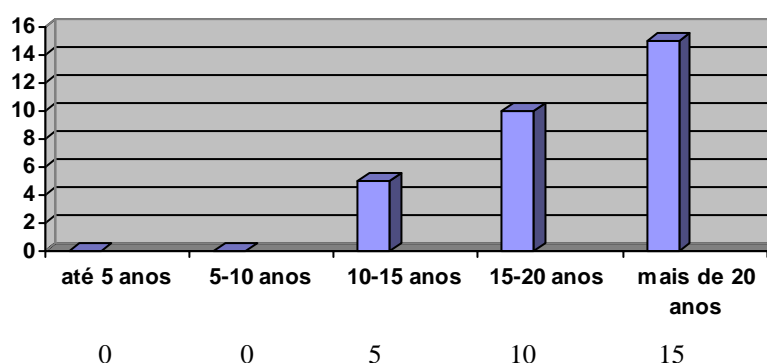
Gráfico 4: Distribuição por profissões dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 4.** Quantos anos de formado têm os profissionais que responderam ao questionário?

A maior parte dos profissionais (83,3%) são formados no nível superior há mais de 15 anos. Por outro lado, não encontramos nenhum formado há menos de 10 anos. Essa distribuição pode ser vista no gráfico 5.

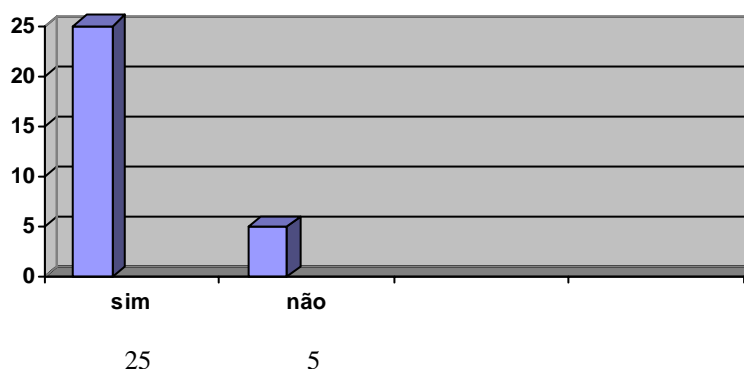
Gráfico 5: Distribuição por anos de formado dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 5.** Dos profissionais que responderam ao questionário, quantos fizeram especialização em nível de Pós-Graduação?

Do total de profissionais, 25 (83,3%), fizeram alguma especialização em nível de pós-graduação. O gráfico 6 nos mostra a distribuição neste critério.

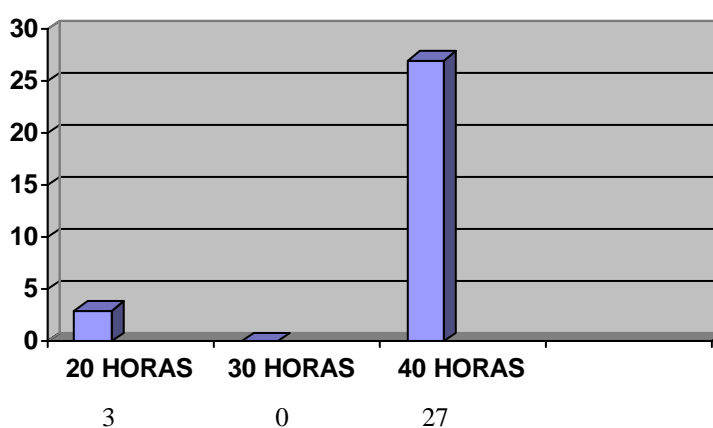
Gráfico 6: Distribuição por realização de especialização pelos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 6.** Qual a carga horária no estado dos profissionais que responderam ao questionário?

A grande maioria, 90% dos profissionais, trabalham em regime de 40 horas. A distribuição desses profissionais conforme a carga horária pode ser vista no gráfico 7.

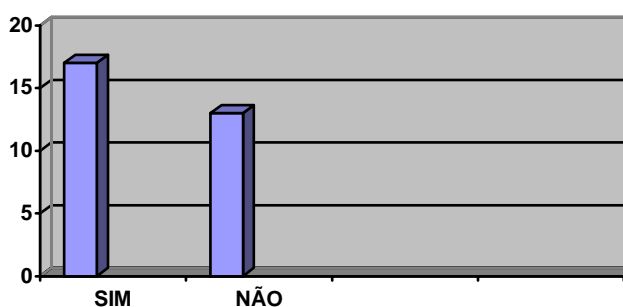
Gráfico 7: Distribuição por carga horária dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 7.** Os profissionais que responderam ao questionário exercem atividade profissional fora do estado?

Dos profissionais que responderam ao questionário, 56,6% exercem outra atividade profissional além da do estado. No entanto, 43,4% atuam somente na função pública. Essa distribuição pode ser vista no gráfico 8.

Gráfico 8: Distribuição dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da secretaria estadual da saúde do Estado do Rio Grande do Sul conforme presença atividade profissional fora do Estado

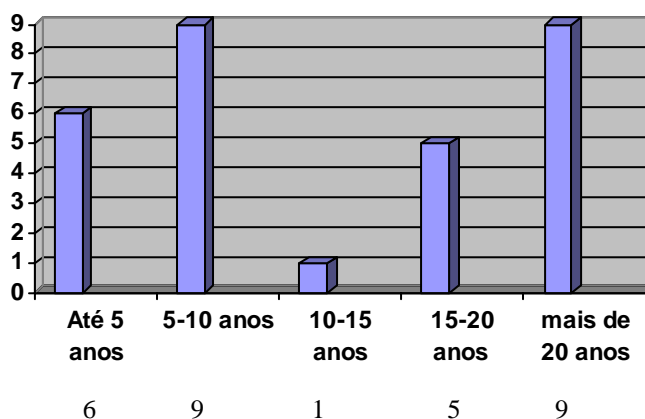




**Pergunta 8.** Há quanto tempo os profissionais que responderam ao questionário são funcionários do estado?

Considerando-se faixas de tempo com intervalos de cinco anos, as maiores concentrações ocorrem entre cinco e dez anos e mais do que vinte anos. Esta distribuição pode ser melhor apreciada no gráfico 9.

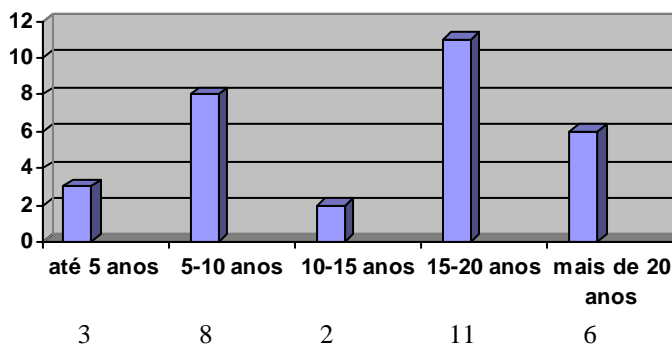
Gráfico 9: distribuição por tempo de serviço no estado dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 9.** Há quantos anos os profissionais que responderam ao questionário participam de políticas voltadas à criança?

Considerando-se faixas de tempo com intervalos de cinco anos, a maior parte dos profissionais lidam com políticas de saúde voltadas à criança há mais de quinze anos. Esta distribuição pode ser observada no gráfico 10.

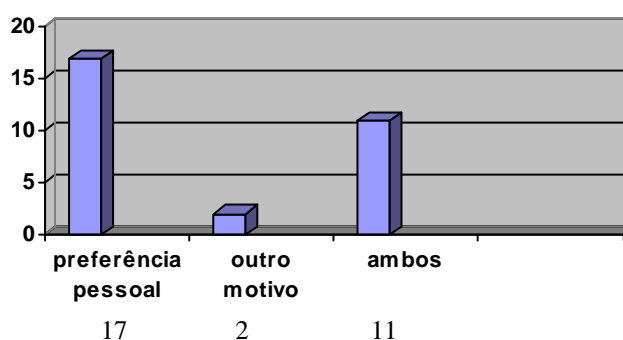
Gráfico 10: Distribuição por tempo de participação nas atividades de saúde da criança dos profissionais de nível superior que atuam nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 10.** A que esteve relacionada a escolha para atuar na área de saúde pública por parte dos profissionais que responderam ao questionário?

A preferência pessoal predominou nessa resposta, conforme podemos ver no gráfico 11.

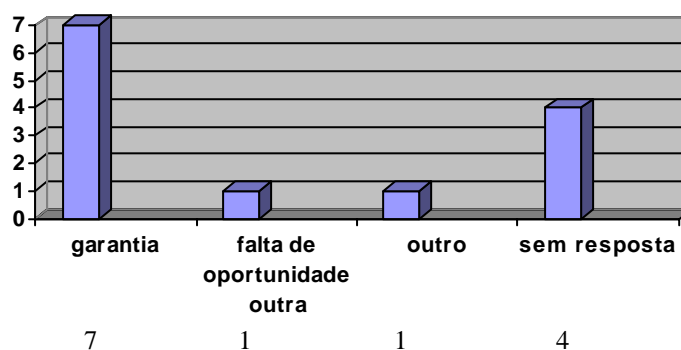
Gráfico 11: Distribuição por motivo de escolha para atuar na área de saúde pública dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 11.** Quando presentes, que outras motivações, além da pessoal, levaram os profissionais que responderam ao questionário a optar por trabalhar com saúde pública?

Excetuando-se a preferência pessoal exclusiva, a garantia de trabalhar no serviço público foi outro fator importante nessa decisão, como pode ser visto no gráfico 12.

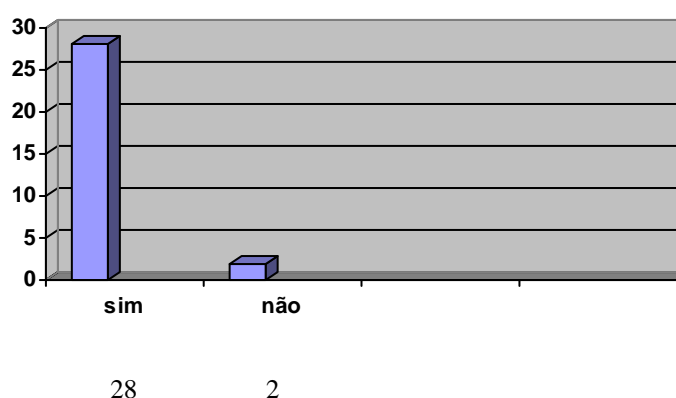
Gráfico 12: Distribuição por outro motivo de escolha, além da pessoal, para atuar na área de saúde pública dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



**Pergunta 12.** Os profissionais que responderam ao questionário, optariam, hoje, por reiniciar sua carreira profissional pela área de saúde pública?

A maioria dos profissionais reiniciariam sua carreira profissional pela área de saúde pública. Isso fica evidente nos dados do gráfico 13.

Gráfico 13: Distribuição por reiniciar a atividade profissional na área de saúde pública pelos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



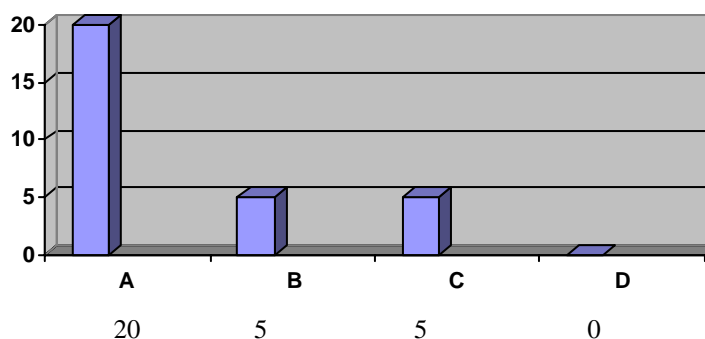
***2ª PARTE: OBTENDO INFORMAÇÕES SOBRE O QUE PENSA O GRUPO DE PROFISSIONAIS QUE ATUA COM AS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE EM NÍVEL CENTRAL E NAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE (CRS) SOBRE QUESTÕES DE SAÚDE PÚBLICA VOLTADAS À INFÂNCIA EM NOSSO ESTADO***

PERGUNTAS DE NÚMERO 13 A 25: REFERENTES À SITUAÇÃO DA CRIANÇA NO RIO GRANDE DO SUL. E AS POLÍTICAS QUE A SUSTENTAM DE UMA MANEIRA GERAL

**Pergunta 13.** Para os profissionais que responderam ao questionário, o que mais contribuiu para a redução da morbi-mortalidade infantil em nosso estado nos últimos 20 anos?

Para os profissionais, essa redução esteve mais ligada a avanços técnicos, como a terapia de reidratação oral, por exemplo, executada através de programas pontuais, do que à melhoria da qualidade de vida da população ou ao acesso à rede de saúde pública e políticas públicas adequadas de saúde. O gráfico 14 nos mostra esses resultados.

Gráfico 14: Fatores que contribuem para a redução da morbi-mortalidade infantil, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



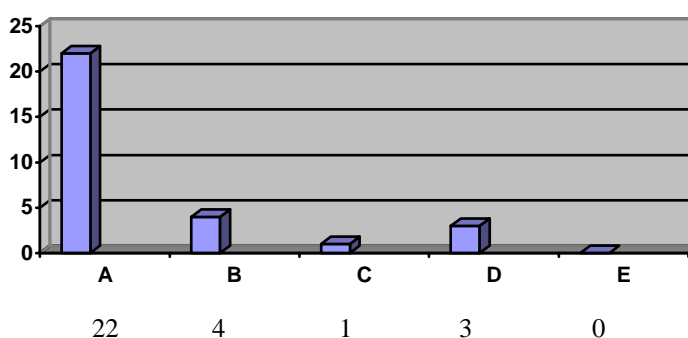
LEGENDA:

- A Avanços técnicos, como o da terapia de reidratação oral, por exemplo, implantados através de programas pontuais.
- B. Melhoria da qualidade de vida da população.
- C .Melhor acesso à rede de Saúde Pública e adequadas políticas de Saúde Pública.
- D. Mudança de comportamento das mães em relação aos cuidados das crianças, associados a ações de Educação para a Saúde.

**Pergunta 14.** Para os profissionais que responderam ao questionário, **a curto prazo**, qual a mais importante política de saúde pública para acelerar a redução da mortalidade infantil em nosso estado?

O aumento da cobertura do pré-natal foi considerada ação mais importante para se obter resultados a curto prazo, conforme pode ser visto no gráfico 15.

Gráfico 15: A mais importante política de saúde pública de curto prazo para melhorar as condições de saúde infantil no estado, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



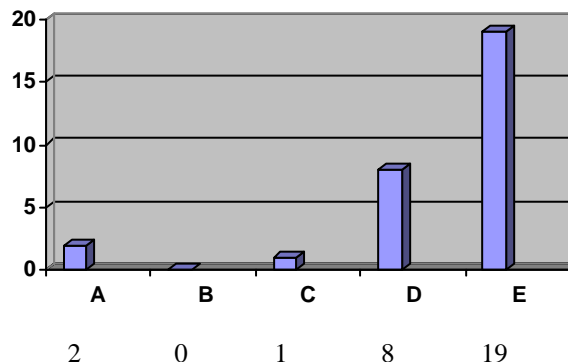
LEGENDA:

- A Aumento da cobertura pré-natal.
- B Diminuição da natalidade em adolescentes.
- C Melhor assistência ao parto.
- D Melhor acompanhamento do crescimento/desenvolvimento infantil no Sistema de Saúde.
- E Acesso das mulheres ao ensino formal e mais anos de estudo, associado a ações de Educação para a Saúde.

**Pergunta 15.** Para os profissionais que responderam ao questionário, **a longo prazo**, qual a mais importante política de saúde pública para acelerar a redução da mortalidade infantil em nosso estado?

Numa política de longo prazo, os técnicos consideram como mais importante a questão educacional, relacionada ao acesso das mulheres ao ensino formal e mais anos de estudos, e ações de Educação para a Saúde, como fica demonstrado no gráfico 16.

Gráfico 16: a mais importante política de saúde pública de longo prazo para melhorar as condições de saúde infantil no Estado, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



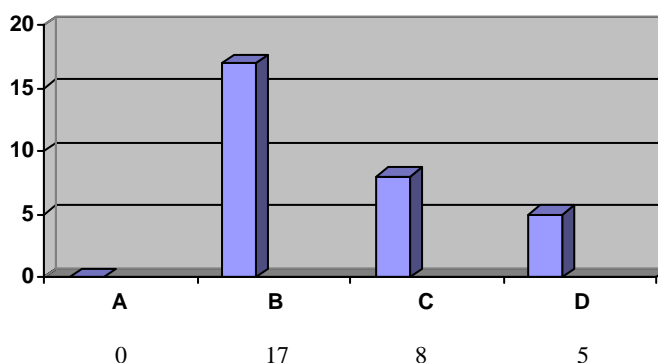
LEGENDA:

- A Aumento da cobertura pré-natal.
- B Diminuição da natalidade em adolescentes.
- C Melhor assistência ao parto.
- D Melhor acompanhamento do crescimento/desenvolvimento infantil no Sistema de Saúde.
- E Acesso das mulheres ao ensino formal e mais anos de estudo associado a ações de Educação para a Saúde.

**Pergunta 16.** Para os profissionais que responderam ao questionário, como foram as políticas de saúde Pública voltadas à criança, em nível estadual, nas últimas duas décadas?

A maioria dos profissionais (56%) julgou essas políticas boas, chamando a atenção, no entanto, o elevado percentual (43%) de avaliações apenas regulares e insuficientes como se pode ver no gráfico 17.

Gráfico 17: Avaliação das políticas de saúde pública voltadas à criança, em nível estadual, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



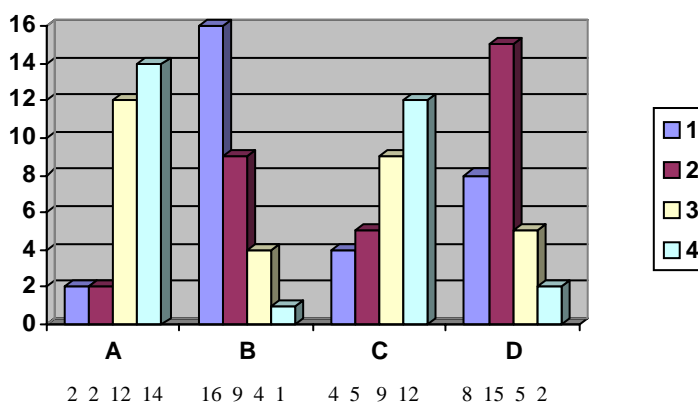
LEGENDA:

- A Ótimas
- B Boas
- C Regulares
- D Insuficientes

**Pergunta 17.** Para os profissionais que responderam ao questionário, o que trará maior impacto, em nível estadual, nos próximos anos, para melhorar as condições de saúde infantil, considerando as atuais condições de saúde da criança?

Os profissionais consideraram a melhoria das condições ambientais (água, esgoto e habitação) e melhoria da qualificação profissional, seguidas pelo aumento do acesso dos pais à educação formal e a ações de Educação para a Saúde, como o que trará maior impacto, enquanto o aumento das unidades de saúde e programas pontuais são menos importantes. Isso pode ser observado no gráfico 18, onde o número 4 corresponde à maior valorização, que decresce nos números 3 e 2, tendo no número 1 sua menor consideração.

Gráfico 18: Avaliação sobre o que trará maior impacto, em nível estadual, nos próximos anos, para melhorar as condições de saúde infantil, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



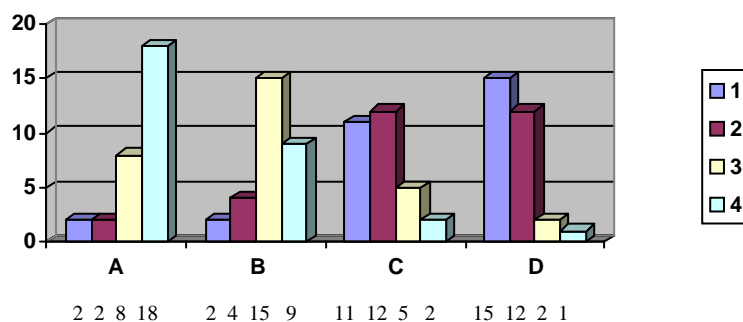
**Legenda:**

- A. Melhoria das condições ambientais (água, esgoto, habitação) e melhoria da qualificação profissional dos pais.
- B. Aumento do número de Unidades de Saúde e maior número de profissionais.
- C. Aumento do acesso dos pais à educação formal e a ações de Educação para a Saúde.
- D. Planejamento de programas pontuais para atacar os problemas mais prevalentes.

**Pergunta 18.** Para os profissionais de saúde que responderam ao questionário, a que estão associadas as condições adversas para a sobrevivência infantil em nosso estado?

Os profissionais de saúde, conforme o gráfico abaixo, consideram a baixa renda familiar, qualificação profissional deficiente e desemprego seguido do baixo nível de instrução/educação dos pais e falta de acesso a programas de Educação para a Saúde, como os principais fatores adversos para a sobrevivência infantil em nosso estado. Isso pode ser observado no gráfico 19, onde o número 4 corresponde à maior valorização, que decresce nos números 3 e 2, tendo no número 1 sua menor consideração.

Gráfico 19: avaliação sobre a que estão associadas as condições adversas para a sobrevivência infantil em nosso estado, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



Legenda:

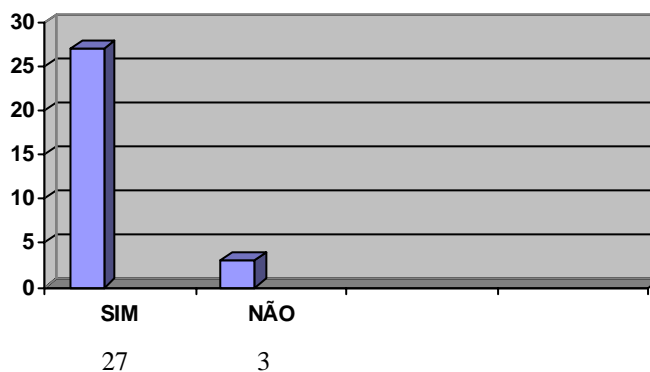
- A. Baixa renda familiar, qualificação profissional deficiente e elevadas taxas de desemprego.
- B. Baixo nível de instrução/ educação dos pais e falta de acesso à programas de Educação para a Saúde.
- C. Deficiente acesso da população aos atendimentos em saúde para a promoção, prevenção e tratamento.
- D. Falta de política de saúde infantil voltada a combater os problemas mais prevalentes.

**Pergunta 19.** Para os profissionais de saúde que responderam ao questionário, o avanço na assistência à criança em nosso estado, em nível de saúde pública, poderia expressar-se por resultados superiores aos atingidos?

Vinte e sete profissionais (90%) concordaram com essa premissa. Os resultados são mostrados no gráfico 20.



Gráfico 20: Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade de os avanços na assistência à criança, em nosso Estado, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública, poder expressar-se por resultados superiores aos atingidos



Solicitados que justificassem sua resposta, se positiva, obtivemos os seguintes comentários:

- Faltou valorização dos profissionais.
- Faltaram capacitações.
- Faltam profissionais com perfil de Saúde Pública.
- Faltou melhorar a capacitação das Unidades Básicas de Saúde.
- Não se conseguiram ações de intersetorialidade e intra-setorialidade.
- Faltou acesso aos serviços.
- Faltaram medicamentos.
- Mudanças políticas com descontinuidade. (exemplo positivo de 1970 a 1986)

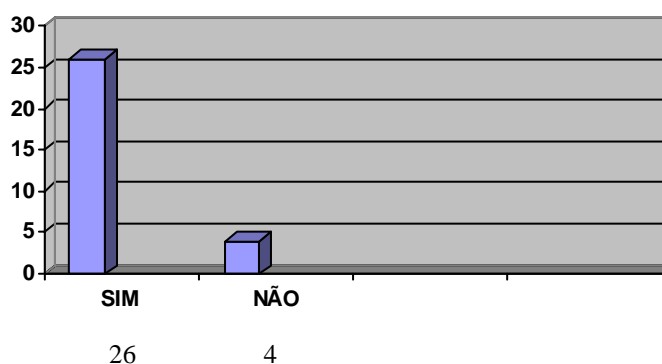
“Houve troca de governos com mudanças dos programas de assistência prejudicando e confundindo até os profissionais.”

- Faltou implementar ações e acompanhá-las.
- Faltou qualidade na assistência em geral.
- Faltou humanização do atendimento.
- Faltaram ações com a família de modo geral.

**Pergunta 20.** Para os profissionais de saúde que responderam ao questionário, a troca dos diversos governos prejudicou o avanço das políticas de saúde infantil?

Vinte e seis profissionais (86,6%) responderam que sim, conforme o gráfico 21.

Gráfico 21: Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade da mudança dos diversos governos, em nosso estado, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública, ter prejudicado os avanços na assistência à criança



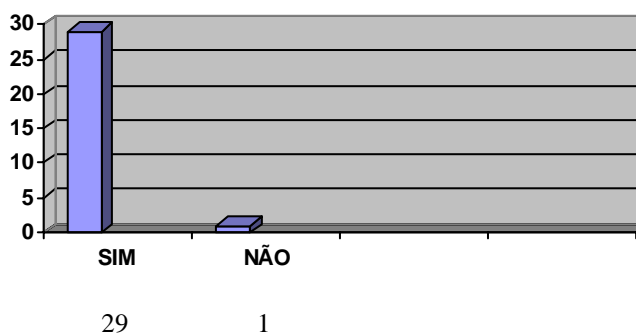
Solicitados que justificassem sua resposta, se positiva, obtivemos os seguintes comentários:

- Há troca de pensamento, enfoque e prioridades.  
 “Parece que cada governo deseja inovar. Só que a população, os cuidados e os problemas são os mesmos”
- Há falta de continuidade nas políticas públicas.  
 “De modo geral, quando nova administração assume o governo, a tendência é anular o que foi construído ou implementado nos anos anteriores, mesmo as coisas boas”
- Há demora na implementação das novas ações.
- Há troca de profissionais e valorização das pessoas ligadas ao governo sem discerni-las pela qualidade.

**Pergunta 21.** Para os profissionais de saúde que responderam ao questionário, outros fatores, além da mudança de governos, podem ter prejudicado este avanço?

Para a maioria desses profissionais (96,6%), a resposta foi afirmativa. O gráfico 22 nos mostra essa realidade.

Gráfico 22: Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade de outros fatores, além da mudança de governos, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública, ter prejudicado os avanços na assistência à criança



Solicitados que justificassem sua resposta, se positiva, obtivemos os seguintes comentários:

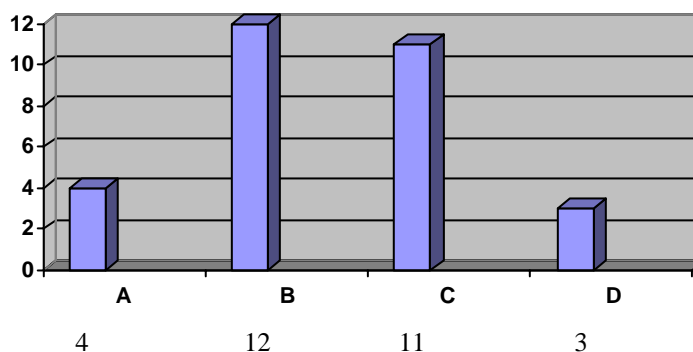
- Falta de integração, comunicação e interação entre os diversos níveis de gestão da saúde.
- Falta de articulação intersetorial do governo, as propostas da saúde são desvinculadas das propostas da educação, da habitação, obras, etc. Não há intersetorialidade e interdisciplinaridade nas ações. Há disputa de poder.
- Falta de fixação dos recursos humanos.
- Falta de comprometimento governamental.
- Falta de comprometimento profissional.
- Falta de recursos financeiros.

- Situação de recessão do país (desemprego, baixa renda da população, etc.).
- Falta de programas de educação para a saúde.
- Falta de qualificação dos profissionais.
- Falta de perfil em saúde pública de vários profissionais.
- Falta de capacitação para os profissionais.
- Falta de uma política de pessoal.

**Pergunta 22.** Os profissionais de saúde que responderam ao questionário, opinaram, participaram e colaboraram em relação à elaboração das políticas de saúde pública voltadas à criança?

Várias vezes foi a resposta mais freqüente, no entanto é alto o índice de técnicos que apenas algumas vezes ou até mesmo nunca opinaram, participaram e colaboraram nessa atividade. Os resultados são vistos no gráfico 23.

Gráfico 23: Avaliação dos profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a possibilidade que tiveram de opinar, participar e colaborar na elaboração das políticas de saúde pública voltadas à criança, nos últimos vinte anos, em nível de saúde pública

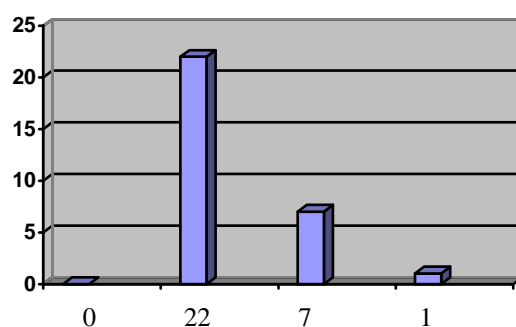


LEGENDA:  
 A Sempre  
 B. Várias vezes  
 C. Algumas vezes  
 D. Nunca

**Pergunta 23.** Como os técnicos que responderam ao questionário consideram as propostas de saúde pública voltadas à criança nos últimos 20 anos?

Os profissionais consideraram as propostas boas, conforme é observado no gráfico 24.

Gráfico 24: Avaliação das propostas de saúde pública voltadas à criança segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

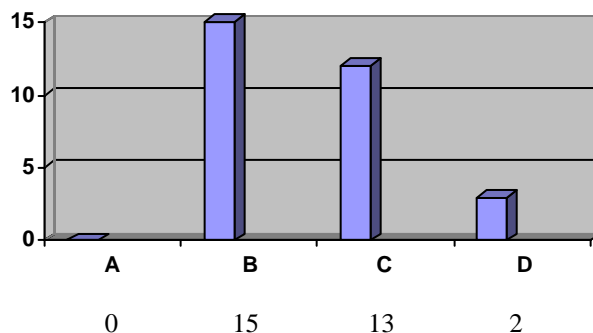


LEGENDA:  
A. Ótimas  
B. Boas  
C. Regulares  
D. Insuficientes

**Pergunta 24.** Como os técnicos que responderam ao questionário consideram as implementações das propostas de Saúde Pública voltadas à criança nos últimos 20 anos?

A metade dos profissionais consideraram a implementação das propostas boas, enquanto os outros 50% a consideraram apenas regular ou até mesmo insuficiente, conforme é observado no gráfico 25.

Gráfico 25: Avaliação da implementação de propostas de saúde pública voltadas à criança, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



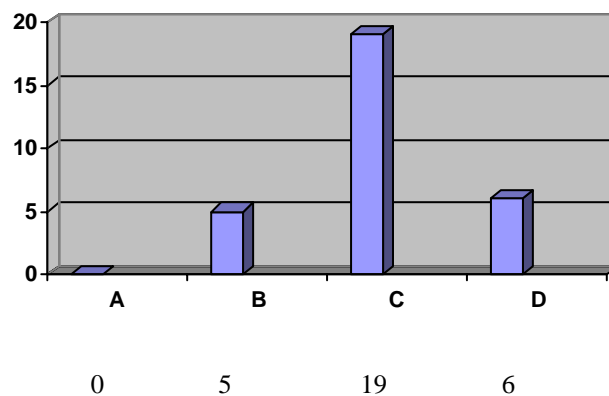
LEGENDA:

- A ótimas
- B. boas
- C. regulares
- D. insuficientes

**Pergunta 25.** Como os técnicos que responderam ao questionário consideram a integração entre os diversos níveis de atuação da Saúde Pública nos últimos 20 anos?

A maioria dos profissionais consideraram a integração entre os diversos níveis de atuação da Saúde Pública apenas regular, conforme é observado no gráfico 26.

Gráfico 26: Avaliação da integração entre gestor estadual, técnicos de nível central e profissionais da ponta, nos últimos 20 anos, segundo os profissionais de nível superior que trabalham nas ações de saúde da criança da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



LEGENDA:

- A Ótima
- B. Boa
- C. Regular
- D. Insuficiente

### **2.9.2 Algumas Considerações Adicionais a Partir dos Resultados do Questionário**

As respostas dadas pelo grupo de técnicos que atua nas questões de Saúde Pública, através da Secretaria Estadual da Saúde, em nosso estado, às questões propostas pelo questionário, nos propiciaram uma rica análise sobre esse grupo e o que pensam acerca das ações voltadas à criança, desenvolvidas pelo Estado.

Inicialmente, em relação à primeira parte, que buscou conhecer melhor esses técnicos, vimos tratar-se de um grupo experiente, com longa tradição de atuação em Saúde Pública, com formação, da maioria de seus membros, em nível de pós-graduação, que optaram, geralmente, por essa área motivados por questões de escolha pessoal e que, mesmo com as dificuldades enfrentadas para o exercício profissional, mantêm o idealismo.

Também as respostas nos revelaram, em relação ao gênero, um predomínio nítido de técnicos do sexo feminino, possivelmente explicado pela vinculação cultural da mulher aos cuidados da criança.

Por outro lado, apesar de o exercício profissional contemplar uma série de profissões, no caso específico da Secretaria Estadual da Saúde, contando com representantes de seis diferentes cursos de nível superior, ainda temos um nítido predomínio de médicos e enfermeiros, o que denota, talvez, um viés de maior valorização desses profissionais para atuação na área da saúde.

Outro dado que chama a atenção é o elevado número de técnicos, mais da metade do grupo, que mantêm outra atividade profissional remunerada, além da do Estado. Provavelmente, esse fato reflita a baixa remuneração que é oferecida a categorias profissionais ligadas às áreas da Educação e Saúde.

Em relação à segunda parte do questionário, que trata das opiniões desses técnicos sobre as questões de saúde pública voltadas à área infantil, encontramos nas respostas desses técnicos um rico material de análise.

Para o grupo de técnicos, a melhoria das condições de saúde de nossas crianças esteve, preponderantemente, associada a ações técnicas, pontuais, como a implantação da terapia de reidratação oral, ligada a resultados de curto prazo, motivada pela redução rápida de um problema, no caso os óbitos por desidratação, análogo ao que hoje ocorre com os óbitos por prematuridade, tendo o pré-natal como uma ação de curto prazo para minorá-lo. Apesar de valorizar o avanço ocorrido, o grupo faz restrições ao mesmo, que poderia ter se expressado por melhores resultados. A não-obtenção desses resultados melhores, conforme o grupo, esteve ligada às trocas de governos, problemas de gestão nas área de Saúde Pública e falta de maior integração entre os diferentes níveis de atuação do setor saúde.

Por outro lado, esse grupo observou limitações nas ações ligadas às questões da área da Educação e ações que visem diminuir as desigualdades, fatores estes que para o grupo estão diretamente associados aos problemas relacionados à saúde infantil.

Para esse grupo, as condições adversas para a sobrevivência infantil estão associadas às desigualdades sociais e à falta de maior valorização da área da Educação, tanto no nível do ensino formal como em ações de Educação para a Saúde, e são investimentos nessas direções que trarão maior impacto sobre a saúde infantil em nosso estado.

Um dado que chama a atenção, segundo a avaliação dos técnicos, é o pouco espaço que tiveram para opinar, participar e colaborar na elaboração das políticas de Saúde Pública voltadas à criança, em nosso estado, nos últimos anos, na Secretaria da Saúde.



Esses dados, pela importância que contêm, merecem um aprofundamento maior. O questionário nem sempre permite o melhor aprofundamento das questões, principalmente pela falta de contato com o destinatário do mesmo. Assim, acreditamos que o desdobramento dessas questões através de entrevistas é uma oportunidade excelente para aprofundá-las, como veremos a seguir.

Conforme Gil (1994, p.113), “*muitos autores consideram a entrevista como a técnica por excelência na investigação social, atribuindo-lhe valor semelhante ao tubo de ensaio na Química e ao microscópio na Microbiologia*”. Para atingirmos esse objetivo, escolhemos nove técnicos, que, em nosso juízo, podiam dar informações valiosas e adicionais, enriquecendo o aprofundamento das questões propostas no questionário.

A seguir, descrevemos esse grupo por nós selecionado para as entrevistas:

- Sujeito A: Médico, especialista em Pediatria, experiência de trabalho em Unidade Básica de Saúde administrada por Município, em Saúde Escolar e como Coordenadora das Ações de Saúde da Criança em nível de Coordenadoria Regional de Saúde.
- Sujeito B: Enfermeiro, especialista em Saúde Pública, experiência de trabalho em Unidade Básica de Saúde administrada por Município, Coordenação das ações de Enfermagem voltadas à área materno-infantil em nível municipal, em Saúde Escolar e como técnico no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança.
- Sujeito C: Médico, especialista em Pediatria, Saúde Pública e Psiquiatria, experiência de trabalho em Unidade Básica de Saúde administrada pela Secretaria

da Saúde, em nível hospitalar e como técnico no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança.

- Sujeito D: Médico, especialista em Pediatria, Saúde Pública e Administração em Saúde, experiência como Coordenador das Ações de Saúde da Criança da Secretaria Estadual da Saúde, em nível hospitalar e como técnico no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança.
- Sujeito E: Médico, especialista em Pediatria e Saúde Pública, experiência de trabalho em Unidade Básica de Saúde administrada pela Secretaria da Saúde, em nível hospitalar e como técnico no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança.
- Sujeito F: Nutricionista, especialista em Saúde Materno-Infantil, Mestrado em Clínica Médica com ênfase em aleitamento materno, experiência de trabalho em Unidade Básica de Saúde administrada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em Secretarias da Saúde de outros estados, como técnico no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança e como Docente Universitário.
- Sujeito G: Médico, especialista em Pediatria e Saúde Pública, experiência de trabalho em Saúde Escolar, como Coordenador das Ações de Saúde da Criança da Secretaria Estadual da Saúde, em nível hospitalar e como técnico no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança.
- Sujeito H: Médico, especialista em Pediatria e Saúde Pública, experiência como Coordenador Materno-Infantil da Secretaria Estadual da Saúde, em nível hospitalar e no nível central da Secretaria da Saúde nas ações voltadas à criança.

- Sujeito I: Médico, especialista em Pediatria e Saúde Pública, Mestre em Pediatria, experiência de trabalho em Unidade Básica de Saúde administrada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, como Coordenadora das Ações de Saúde da Criança em nível de Coordenadoria Regional de Saúde e Docente Universitário.

A partir da realização das entrevistas e suas transcrições, utilizamos o Método de Análise de Conteúdo para seu estudo.

Para Richardson (1989, p. 176), *“a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada dia mais aperfeiçoados que se aplicam a discursos diversos”*.

Segundo Bardin (2004, p.95), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: *“a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”*.

Seguindo essas orientações, para a análise qualitativa do material coletado seguimos as seguintes etapas: pré-análise (organização do material), descrição analítica (codificação, classificação e categorização) e interpretação referencial (desvelamento do conteúdo latente).

A partir do seguimento dessas etapas, com base nas entrevistas, construímos as seguintes categorias:

- Reflexões sobre trajetórias profissionais na Secretaria da Saúde e a importância da Educação Continuada e da formação universitária contextualizadas.
- O avanço nas questões da Saúde Pública Infantil no Rio Grande do Sul nas últimas décadas: resgate histórico de profissionais em Saúde Pública da Secretaria

Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em uma perspectiva de Educação para a Saúde.

- Um olhar reflexivo de técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul sobre as Ações de Saúde e de Educação para a Saúde no passado; propiciando críticas sobre aquilo em que poderíamos ter avançado mais.
- A visão dos técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; repensando as Políticas Públicas em Saúde e em Educação para a Infância no Rio Grande do Sul como estratégia fundamental para o sucesso das Ações de Saúde Pública.

A seguir, passamos à descrição e interpretação dessas categorias.

### **2.9.3 Reflexões sobre Trajetórias Profissionais na Secretaria da Saúde e a Importância da Educação Continuada e da Formação Universitária Contextualizadas**

A história pessoal relacionada a uma atividade profissional desenvolvida ao longo da vida, com certeza, apresenta relação com múltiplos fatores. Por exemplo, questões como gostar, oportunidades, motivações, atitudes e gratificações pessoais influenciam o desenrolar de uma vida profissional e, conseqüentemente, o desenvolvimento desta pessoa e de outros indivíduos ligados à atividade, através da trama social.

Para Papalia e Olds (2000, p.394), *“os homens e as mulheres trabalham para ganhar dinheiro, obter reconhecimento e satisfazer necessidades pessoais”*.

Acreditamos que a satisfação de necessidades pessoais, incluindo aí uma enorme gama de razões de natureza íntima, seja a mais rica para podermos compreender o envolvimento de

uma pessoa com o mundo do trabalho. É nesta perspectiva que procuramos analisar, inicialmente, a trajetória dos sujeitos desta pesquisa na Secretaria da Saúde.

A escolha de uma atividade muitas vezes está associada a uma decisão íntima que pode se expressar antes do início dos compromissos profissionais formais assumidos, como, por exemplo, com a Secretaria da Saúde, no caso de alguns dos sujeitos de nossa pesquisa.

Motivados por essa decisão pessoal, muitos profissionais que hoje atuam com destaque na Secretaria da Saúde procuraram se envolver com as questões de Saúde Pública através de experiências nesta área, ainda quando estudantes. Isso pode ser evidenciado na fala de B, ao afirmar: *“as questões voltadas à Saúde Pública me acompanharam desde a Faculdade de Enfermagem”*. Esse mesmo sujeito exemplifica dizendo: *“durante o curso universitário, participei de uma capacitação para a zona rural de Pelotas, do Projeto Rondon e também, durante quase um ano, em 1982, como codificadora de um estudo longitudinal sobre crianças, realizado nessa mesma cidade”*.

Trajetória semelhante também nos revela I, ao dizer: *“ainda durante o Curso de Medicina, em 1978, comecei a me envolver com as questões de Saúde Pública trabalhando como monitora na Secretaria Municipal de Saúde com os dados estatísticos que vinham das Unidades de Saúde da periferia de Porto Alegre”*.

As iniciativas de B e I estão ligadas a interesses pessoais pela especialidade e idealismo, evidenciados, ao afirmarem, respectivamente: *“nunca gostei de trabalhar em Hospital, meu interesse era pela área de Saúde Pública”* e *“sempre fui muito interessada pela área de Atenção Primária em Saúde”*.

Esse interesse pela área de Saúde Pública, ainda quando do período de formação universitária nos parece ser revelador em relação a esses sujeitos de uma forte identificação

pessoal com essa área e, portanto, de profissionais comprometidos com sua atuação profissional. O fato de envolverem-se ainda quando jovens com a área de atuação profissional os leva a, conforme Papalia e Olds (2000, p. 394), *“ter metas e expectativas mais altas e podem encarar seus empregos de modo mais crítico”*.

No entanto, a decisão pessoal para trabalhar na área de Saúde Pública, em relação aos nossos entrevistados, também foi motivada pelo exemplo pessoal ou pela formação recebida. Assim, temos o exemplo de C dizendo: *“a minha entrada na Saúde Pública deu-se em grande parte por influência de um professor na minha formação como pediatra geral”*. Esse sujeito fez formação em nível de Residência Médica em 1969 e 1970, no Rio de Janeiro, em um serviço que tinha uma medicina de ponta, com alta tecnologia. Mas ele nos informa: *“embora se praticasse esse tipo de medicina, o nosso professor nunca deixou de ver o lado social e da saúde pública, sempre inculcando uma visão humanista e abrangente, não só tecnológica, me refiro ao Dr. Luís Torres Barbosa”*.

Aqui temos, claramente, a questão do modelo de papel pessoal influenciando uma decisão profissional futura. Geralmente, as pessoas que exercem esse tipo de influência são dotados de grande poder de liderança. Para Gardner (1996, p. 25), o líder desempenha um papel de *“ajudar os outros indivíduos a determinar suas identidades pessoais, sociais e morais; normalmente, os líderes são inspiradores devido, em parte, a como resolveram suas próprias questões de identidade”*.

No caso da formação recebida influenciando uma decisão futura, temos o exemplo de D justificando: *“a minha entrada na Saúde Pública foi devido à própria especialidade que escolhi, a Pediatria”*. Esse sujeito afirma que *“dentro da Medicina a Pediatria é uma área que ainda tem uma visão holística, integrando vários aspectos da saúde, não é uma especialidade voltada para um ponto somente”*.

A questão do Curso influenciando em uma decisão profissional futura também tem destaque na fala de A:

*Eu acho que a minha formação foi muito importante e até decisiva para a escolha que fiz. No 2º ano da Faculdade eu já estava trabalhando na Medicina Geral e Comunitária. Nós tivemos uma atuação importante nessa área da Medicina de Família. Nós íamos nas casas das pessoas, acompanhávamos o médico do Posto de Saúde e esse trabalho me incutia essa idéia de prevenção. Nós não ficávamos nos postos mais centrais ou no hospital, eles nos mandavam para tudo que era lugar e nós começamos a ver todas as misérias humanas. Eu acho que foi isso que me sensibilizou para não fazer uma medicina voltada para o hospital, mas também me dedicar para esse outro lado. Eu acho que a Faculdade me influenciou bastante.*

Não somente o Curso, mas também o início do trabalho profissional pode se prestar a uma reflexão e tomada de novas decisões. Assim, D nos diz: *“o trabalho na Santa Casa, no início dos anos 80, onde atendia uma população mais carente com problemas que ultrapassavam a questão puramente médica, foi outro fator que me influenciou na minha decisão”*.

Também a primeira experiência profissional proporcionou a G uma reflexão, destacando: *“o meu primeiro emprego que foi no Hospital Conceição, onde a repetição no atendimento dos casos, com a criança sempre voltando com as mesmas queixas, me mostrava que esse tipo de trabalho individual não produzia o efeito que eu imaginava poder produzir”*. Isso levou esse sujeito à conclusão de que *“através da Saúde Pública eu poderia fazer o meu trabalho para um grupo maior, que seria muito mais produtivo e teria melhores resultados”*. E conclui G: *“então, eu fiz o Curso de Saúde Pública em 1981”*.

Mas nem sempre a decisão de trilhar uma carreira profissional está ligada ao idealismo, podendo outros interesses estar envolvidos. É o que nos revela E, ao lembrar o seu ingresso na Secretaria da Saúde, E nos diz: *“a minha escolha de trabalhar com Saúde*

*Pública não foi nada relacionado com idealismo. Foi uma oportunidade que eu tive através de um concurso que fiz em 1983”. E prossegue esse sujeito: “eu tinha aquela idéia de que o serviço público traria uma tranquilidade profissional pela estabilidade que proporciona em relação à atividade privada, muitas vezes instável”.*

No entanto, o acima relatado não significa uma posição imutável. Mostra apenas como pode ser muitas vezes o início de uma relação profissional.

É o que nos revela esse mesmo sujeito, ao refletir sobre sua caminhada de 22 anos na Secretaria da Saúde:

*Passado esse tempo, hoje eu me considero, sob o ponto de vista profissional, satisfeito, trabalhando em Saúde Pública, apesar de insatisfeito sob o ponto de vista financeiro. A Saúde Pública como uma das minhas atividades profissionais me deixa muito satisfeito. Eu guardo boas lembranças desde o tempo em que iniciei na Secretaria da Saúde, prestando atendimento em um Posto de Saúde no interior de Guaíba. Hoje no nível central, na Saúde da Criança, eu gosto de trabalhar. Convivo com uma turma de colegas de alto nível profissional e realmente eu me sinto muito satisfeito com o que faço.*

O concurso público foi o modo de ingresso no serviço estadual, conforme vários depoimentos. Nem sempre a aprovação propiciou um aproveitamento imediato nas fileiras do estado. Por exemplo, isso surge na fala de F, ao dizer: *“fiz concurso para a Secretaria da Saúde em 1979, sendo chamada somente cinco anos após”.*

Por outro lado, o início das atividades profissionais, via de regra, ocorre em Postos de Saúde localizados nas periferias das cidades, como nos informa E, ao dizer: *“ingressei na Secretaria da Saúde através de concurso em 1984, sendo inicialmente lotado na região metropolitana, numa zona bem distante de Porto Alegre, interior de Guaíba”.* O ingresso no serviço público, atuando em Unidades de Saúde localizadas em zonas periféricas, de difícil acesso e com poucos recursos, também é relatado por C e I, ao nos revelarem,



respectivamente: *“eu comecei a trabalhar no Estado no início dos anos 70 em um Posto de Saúde em Gravataí”* e *“na Secretaria da Saúde eu comecei trabalhando em um Posto de Saúde em Alvorada em 1982”*.

Outros profissionais que, antes de iniciarem no Estado, atuaram junto a Secretarias Municipais, também tiveram essa experiência de atuação junto aos Postos de Saúde. Assim, por exemplo, um A nos disse: *“comecei a trabalhar em Saúde Pública em 1987, em São Gabriel, na Secretaria Municipal de Saúde, atuando em um ambulatório da prefeitura”* e B nos informa: *“trabalhei na Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e fiquei sete anos atuando em um Posto de Saúde. Trabalhava um turno no Posto de Saúde e outro na Coordenação de Enfermagem”*.

Os relatos do trabalho nessas Unidades de Saúde propiciaram entender que houve uma rica experiência profissional e pessoal, vivida por nossos entrevistados. Em geral, essa experiência inicial ocorreu em Postos de Saúde que atendiam uma população distante das sedes das cidades, os chamados Postos Avançados, onde havia apenas um médico, responsável por todo o atendimento, rotina essa que era transmitida aos novos médicos. Isso nos é relatado por E, ao nos informar: *“primeiramente tive de atender adultos e crianças porque a médica que me antecedeu no Posto Avançado mantinha esse tipo de atendimento”*. Ao contrário, nos Postos de Saúde localizados nas sedes das cidades, alguns chamados Centros de Saúde e aos quais ficavam subordinados os Postos Avançados, havia um número maior de profissionais médicos, possibilitando uma divisão do trabalho.

Era nesses Postos de Saúde maiores que muitos profissionais médicos tinham uma nova experiência profissional, saindo dos Postos Avançados. A experiência nessas Unidades de Saúde maiores permitia um trabalho mais especializado, como nos foi relatado por F, ao referir que, em um desses Centros de Saúde: *“trabalhava em acompanhamento de gestantes,*

*mães e bebês. Fazia consultas individuais e em grupo com as gestantes e, após ganhar os filhos, as mães participavam de grupos de bebês cuja ênfase era a estimulação, onde nesse trabalho, usávamos colchonetes, sucatas, etc.”.* Muitas vezes, esse trabalho mais especializado era levado aos Postos Avançados. Isso nos é relatado pelo sujeito anterior ao dizer que *“uma vez por semana ia nos Postos Avançados onde havia uma seleção de pacientes para avaliações”*. Em relação à avaliação desse trabalho, esse mesmo sujeito nos informa: *“uma vez por mês nos reuníamos com um especialista em relação mãe-bebê para fazermos as discussões do trabalho realizado”*.

O fato de atender na área de sua especialidade nesses postos maiores não significava, necessariamente, uma melhoria na qualidade do atendimento. Isso nos é relatado por E, ao relembrar sua passagem por dois outros Postos de Saúde, onde atuou apenas como pediatra, após a experiência de trabalhar em um Posto Avançado. Ele nos diz: *“sempre houve uma demanda muito importante do ponto de vista de pacientes pediátricos e isso tendia a levar a uma deficiência da qualidade do atendimento devido à pressão do número de consultas”,* ou ainda, *“no Posto da Lomba do Pinheiro, apesar de haver mais médicos para atender, em comparação com Guaíba, o número de atendimentos era maior. Isso gerava, numa comunidade politicamente muito ativa, fortes pressões sobre os médicos”*. Esse fato nos revela que muitas vezes a Saúde Pública é vista apenas em termos de oferecimento de consultas, o que não satisfaz à população atendida e muito menos ao médico que presta o atendimento. É a reflexão que faz A quando nos diz: *“não me satisfazia aquele atendimento diário, onde as pessoas voltavam sempre com os mesmos problemas e gerando um grande número de atendimentos”*.

É justamente essa insatisfação que leva à busca por melhores condições para o exercício profissional. Assim, por exemplo, E que iniciou em um Posto Avançado nos diz: *“com o tempo fui transferido para a Unidade Central em Guaíba, onde pude me dedicar*

*apenas ao atendimento de crianças*”. Apesar dessa transferência, esse mesmo sujeito nos revela: *“como a distância era muito grande eu comecei a solicitar na Delegacia Regional de Saúde, hoje Coordenadoria, que me transferissem para Porto Alegre. Após cinco anos eu consegui ser transferido para a Lomba do Pinheiro onde permaneci seis anos”*.

Vencida a questão da distância física do local de trabalho, o questionamento tende a direcionar-se às questões da qualidade que o mesmo oferece. Assim, esse mesmo sujeito nos diz: *“com o tempo, premido por pressões e demandas cada vez maiores e diminuição do número de colegas médicos na Unidade de Saúde, solicitei mais uma vez transferência”*. E conclui esse sujeito: *“eu tive a oportunidade, então, de ser transferido para o nível central da Secretaria da Saúde, sendo lotado na Seção de Saúde da Criança e do Adolescente”*. Essas transferências fazem parte de um processo que muitas vezes é lento, como no caso de A, ao nos revelar: *“um dia conversei com um colega médico, que era Prefeito da cidade na época, e disse a ele que eu gostaria de fazer um trabalho de prevenção, onde pudéssemos revisar esse modelo de trabalho que não me satisfazia”*. Conforme esse sujeito, *“isso não foi possível naquele momento e eu trabalhei mais três anos nesse tipo de atendimento e insatisfeita”*. E prossegue esse mesmo sujeito: *“em 1990, quando iniciou em São Gabriel o CAE, que é o Centro de Atendimento ao Educando que era da Secretaria da Educação, eles foram ao prefeito e pediram um médico da prefeitura para trabalhar na equipe. Ele automaticamente lembrou de mim”*. E conclui esse sujeito: *“eu nunca imaginei que ele lembraria daquilo que uma vez tínhamos conversado há três anos atrás. Ele disse: tem uma médica que gosta disso aí e me cedeu da Prefeitura para o Estado”*.

Essas mudanças muitas vezes propiciam um novo estágio na vida profissional do indivíduo, como nos revelou esse mesmo sujeito, ao lembrar: *“eu comecei a trabalhar no CAE em 1990, quando esse trabalho iniciou em São Gabriel, formando uma equipe junto com*

*psicólogo, dentista e enfermeira. Essa equipe montou todo o trabalho. Eu comecei a trabalhar com prevenção e desde então me apaixonei por essa área”.*

O trabalho na área da Saúde Escolar foi uma experiência de vários técnicos, hoje na Secretaria da Saúde, até sua extinção em 1997. Assim, por exemplo, G nos informou: *“comecei a trabalhar no Estado, no programa de Saúde Escolar, em 1985 através de concurso”.* Essa trajetória vai até a extinção do programa pelo Estado em 1997, quando esses profissionais passaram para a Secretaria da Saúde como nos referiu esse mesmo sujeito: *“neste ano através de um decreto do governador eu fui transferida para a Secretaria da Saúde, passando a tomar contato com os problemas de saúde pública da criança de zero a cinco anos, porque até então a minha experiência em Saúde Pública era com a Saúde Escolar”.* Essa trajetória também foi a de B, ao nos dizer: *“fiz concursos para a Secretaria da Saúde e para a Educação na área de Saúde Escolar. Fui chamada para assumir os dois ao mesmo tempo e optei pela Saúde Escolar. Em 1997, fui transferida para o nível central da Secretaria da Saúde”,* ou de A, ao nos informar: *“em 1994 eu fiz o concurso para a Secretaria de Educação para trabalhar na área de Saúde Escolar e fui aprovada. Depois, em 1997, quando os CAES passaram para a Secretaria da Saúde, eu passei a fazer parte desta secretaria”.*

A atuação na área de Saúde Pública fora do estado também fez parte da experiência de alguns profissionais da Secretaria da Saúde, como nos diz F: *“após concluir a Faculdade eu fiz especialização materno-infantil em Brasília. Neste período, de 1979 a 1984, fiquei trabalhando em Brasília na Fundação Hospitalar, onde entrei por concurso”.* E prossegue esse sujeito: *“depois de ficar três anos e meio no Rio Grande do Sul, fui para São Paulo trabalhar na equipe materno-infantil da Secretaria Estadual de Saúde daquele estado”.* Em relação a sua experiência nesse estado, esse sujeito nos diz: *“permaneci algum tempo em São Paulo e pude fazer vários cursos na área de amamentação infantil e lactação, me tornando*

*avaliadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e coordenei a parte de Bancos de Leite do Estado de São Paulo”. Também B nos informa: “após trabalhar sete anos em Pelotas, fui para São Paulo. Lá comecei o Mestrado em Epidemiologia na Escola Paulista de Medicina e trabalhei na FACSA, que é a Fundação de Assistência à Criança de Santo André, retornando para Porto Alegre em 1991”.*

Toda a atividade humana em termos de trabalho está relacionada a questões de satisfações pessoais e de necessidades materiais, possibilitada pela remuneração do mesmo. A área da Educação e da Saúde em nosso país, via de regra, tem um baixo reconhecimento em termos de “status” e, como consequência, de remuneração dos profissionais com formação universitária, inferior em relação a funções do mesmo nível de outras áreas do serviço público e até de funções de nível médio, como ocorre em nosso estado. Apesar da baixa remuneração, encontramos no grupo manifestações de satisfação pessoal relacionadas ao gostar da atividade. Como nos diz F: *“a questão da Saúde Pública está muito voltada ao gostar e ao querer. As pessoas que gostam e querem, elas podem não chegar muito longe, mas elas pensam e não se acomodam. Elas lutam, e eu acho que isso é uma questão fundamental”.*

Essa mesma opinião é compartilhada por I, ao nos dizer: *“esse trabalho de atenção primária em Saúde Pública é um trabalho muito difícil e a gente tem de gostar. Todos a gente tem de gostar, mas esse a gente tem de gostar mais, porque senão não suporta por muito tempo”.* E prossegue esse sujeito: *“às vezes as pessoas perguntam: Não é muito frustrante atender pessoas com tanta dificuldade? Eu digo que não, porque essas pessoas também têm uma resposta que é do tamanho que elas podem dar”.* Esse tipo de trabalho está relacionado com uma decisão pessoal nos diz B, ao nos relatar: *“Sempre quis trabalhar na área de Saúde Pública. Quando trabalhei em Pelotas na Unidade de Saúde, me envolvia com vacinas, puericultura, pré-natal. Toda minha vida profissional foi nessa área, tanto em serviço de ponta, como no nível central”.*

A reflexão acima nos revela que o gostar e o prazer e o crescimento profissional em uma área de atuação, independentemente do maior ou menor reconhecimento social da função ou do incentivo institucional, estão relacionados à motivação individual.

Em relação ao desenvolvimento humano, qualquer atividade pode ser fonte de crescimento para o homem, seja pela experiência acumulada ao longo do tempo ou pela possibilidade de aquisição de novos conhecimentos. A aquisição de novos conhecimentos, que permite ao homem aperfeiçoar-se e ter melhor domínio sobre sua área de atuação, com reflexos positivos para aqueles que se beneficiam desse conhecimento, depende basicamente de dois fatores, a motivação pessoal pela busca de novos saberes e a oportunidade do contato com os mesmos. No caso do grupo de sujeitos desta pesquisa, fica clara a motivação pessoal dos mesmos em busca desses novos conhecimentos e crescimento pessoal. A partir dessa motivação pessoal, procuramos ver como no serviço público, na área da saúde, dizem que se processa esse crescimento da formação profissional.

Conforme D, *“a formação está muito em função do tipo de trabalho, de emprego, no caso do emprego público isso facilita bastante, porque dá um tempo disponível, libera para fazer cursos”*. Como exemplo, esse sujeito cita *“a Secretaria da Saúde que oferece facilidades para seus técnicos concursados fazerem cursos fora, liberando para se capacitar, melhorar a formação”*. E prossegue esse sujeito: *“os cursos feitos pelos profissionais surgem como uma oportunidade para sairmos e nos capacitarmos em outros centros e ao voltarmos, utilizar aqui o que aprendemos, melhorando a atenção à saúde. Eu acho que isso é muito importante”*.

Acreditamos que a experiência adquirida através da capacitação oferecida por meio de cursos em ambientes diferentes daquele em que o profissional atua é uma excelente forma de crescimento pessoal e enriquecimento de seu ambiente de trabalho.

Conforme Ratner (1995, p.85), através desse tipo de conhecimento sistematizado, consegue-se *“enfatizar princípios abstratos que são preenchidos por exemplos intercambiáveis, em contraposição à observação do dia-a-dia que se constrói a partir de experiências específicas que raramente são sistematizadas em princípios formais”*.

Ao lembrar sua trajetória, D recorda: *“o primeiro Curso que fiz foi o de Saúde Pública, um curso de um ano em horário integral, que me deu a base maior da Saúde Pública”*. E prossegue este sujeito relatando: *“a partir daí, fiz vários outros cursos, como os de Administração Hospitalar, Gerenciamento Materno-Infantil, Controle da Doença Diarreica, Controle da Doença Respiratória Aguda e vários outros, talvez uns quinze cursos específicos sempre voltados para a área materno-infantil”*.

Esse mesmo sujeito também refere a experiência de realizar cursos fora do país, ao nos dizer: *“no Uruguai, fiz curso de Manejo da Gestaçao de Parto de Risco e na Argentina o AIDPI (Atençao Integrada às Doençias Prevalentes da Infância), que é a visão integrada das doençias prevalentes da infância”*. Essa vivência em termos de contato com cursos e capacitações também é relatada por I, ao nos dizer: *“fiz residência e Mestrado em Pediatria, curso de especialização em Saúde Pública, fui consultora da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), capacitadora do Curso do AIDPI e do Programa de Controle da Infecção Respiratória Aguda. Então, a área da Saúde Pública me permitiu uma ampla vivência”*.

A importância desses cursos na trajetória profissional pode ser percebida através da reflexão de D:

*Além de ser algo da área, trazem segurança para trabalhar, porque foram cursos ministrados por pessoas de gabarito, cursos do Ministério da Saúde, da OPAS, o próprio Curso de Saúde Pública aqui era coordenado por professores da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Pessoas que representavam o que há de*

*melhor em Saúde Pública nas Américas foram as com quem eu estive envolvido nos cursos e isso traz segurança para trabalhar, além do gosto pela Saúde Pública, pela qualidade das informações recebidas.*

Essa questão da Educação Continuada aparece nas entrevistas de todos os sujeitos da pesquisa, que destacam aspectos importantes da mesma, como nos exemplos de C e F, ao afirmarem, respectivamente: *“depois que comecei a trabalhar com os programas do Estado, senti a necessidade de fazer uma formação mais específica. Então fiz o curso de Saúde Pública durante dois anos”* e *“voltando ao Rio Grande do Sul iniciei Mestrado em Clínica Médica na UFRGS, concluindo dissertação sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, avaliando o efeito dessa iniciativa sobre as taxas de aleitamento materno”*.

A evolução profissional é destacada por E ao referir: *“nos últimos dez anos de trabalho no nível central eu acho que apresentei uma evolução. Me foram oferecidas condições de evoluir do ponto de vista de entender e de atuar em Saúde Pública. Tive a oportunidade de fazer vários cursos, que me permitiram crescer bastante”*.

Também A faz referência a sua evolução profissional a partir do momento em que passou a atuar na Coordenadoria Regional de Saúde, ao nos dizer: *“a partir do momento em que entrei na Coordenadoria Regional de Saúde tive a oportunidade de fazer um grande número de capacitações. Estas capacitações aprimoraram tudo aquilo que eu já trazia de experiência prévia e cresci bastante”*.

Por trabalhar com o foco sobre a doença, a Secretaria da Saúde acaba dando grande ênfase para aqueles treinamentos que capacitem o técnico para ações de controle da mesma.

Assim, surgem nas falas dos sujeitos da pesquisa referências acerca desses treinamentos específicos, como a de G, ao nos dizer: *“devemos destacar um programa sobre a doença diarréica, organizado pela Secretaria da Saúde, que eu acho que fez a diferença,*



*pois capacitou muitos profissionais que atendiam a criança”. E prossegue esse sujeito: “além da doença diarréica tivemos também as capacitações para atender crianças com doença respiratória e eu acho que isso foi muito importante”.*

Em relação a esses treinamentos para controle da doença respiratória aguda na infância, I nos revela a sua experiência com o mesmo: *“trabalhei muito em treinamento nesses anos todos, mais do que trabalho agora, porque tínhamos o Centro de Referência em Doença Respiratória, e o centro de referência tinha essa função de capacitar todo o estado para o controle da infecção respiratória”.*

Mas, mesmo esses treinamentos ou capacitações específicas, na prática, não conseguem atingir toda a população de técnicos que atende crianças no estado.

Vejamos, a partir destas considerações, como os sujeitos da pesquisa vêem esse processo em nível estadual para os demais técnicos que atuam em outras circunstâncias de trabalho.

A exclusão de uma Educação Continuada para vários técnicos da Secretaria da Saúde fica evidente no relato feito por A, que, baseado na própria experiência de quando trabalhava como técnico em um município pequeno, refere:

*Todas as capacitações que eu recebi, tudo o que somou mais, foi nesse tempo em que estou na Coordenaria Regional de Saúde em Santa Maria desde 2001. Isto é uma coisa que me chamou a atenção. Como eu venho de um município pequeno, eu pude observar como essas capacitações não chegam para nós nos municípios, como para mim que era uma médica lá do município.*

A experiência de ter vontade pessoal para aprimorar seus conhecimentos, mas não ser permitido pelo Estado, nos é trazido por E, ao nos dizer, com certa amargura:

*Tenho um certo ressentimento em relação a minha evolução profissional dentro da Saúde Pública, porque quando mais jovem, no início da carreira em Saúde Pública, eu tinha muita vontade de fazer o Curso de Saúde Pública, mas a cada tentativa de solicitar isso a minha chefia, me era negado, alegando que eu era necessário naquela atividade de atender a demanda no Posto de Saúde.*

Sobre essas dificuldades de capacitações, A faz a seguinte reflexão:

*Às vezes eu fico me perguntando se nós das Coordenadorias de Saúde não ficamos com muito conhecimento concentrado. Às vezes um município não está recebendo nada de capacitação. Para aquela pessoa que está trabalhando lá na ponta, a gente não está passando tudo o que recebe de capacitação. Esta é a impressão que eu tenho nesses três anos em que estou trabalhando na Coordenadoria Regional de Saúde. Aí eu acho que tem um grande problema, pois temos um grande número de profissionais muito capacitados, mas que não estão repassando o conhecimento adquirido. Os municípios não têm acesso. Isto me parece um grande furo.*

Também E concorda com essa deficiência na parte de capacitações, ao dizer: “as capacitações profissionais dos técnicos da rede eu acho que poderiam ser mais intensificadas. Acho que houve um momento, há dois ou três governos atrás que elas foram bastante eficientes, depois caíram no esquecimento”. E conclui esse sujeito: “mesmo os profissionais que já foram treinados retornam a alguns vícios, abandonando certos preceitos da capacitação”.

A questão da importância da qualificação e da falta da mesma, atualmente, na Secretaria da Saúde nos é trazido por C lembrando um exemplo do passado:

*O ponto forte das políticas de saúde voltada à infância foi na época que se voltou para a qualificação dos profissionais, como por exemplo, no programa PAISC, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente. Era um programa abrangente que capacitava os profissionais dando uma visão muito boa de como tratar a criança, de como acompanhar seu crescimento e desenvolvimento, era um projeto muito integrado e abrangente que visava à saúde da criança como um todo. Essa tentativa, na época, de*

*capacitar recursos humanos foi muito importante. Eu acho que foi marcante pela capacitação que proporcionou.*

No entanto, prossegue esse sujeito: *“depois, infelizmente esses programas de capacitação de recursos humanos foram abandonados, não tendo continuidade. Acho que agora esse programa da OPAS, o AIDPI, é uma oportunidade de dar continuidade à capacitação iniciada no PAISC”*.

Devemos, também, considerar a formação dos profissionais que irão atuar na Secretaria da Saúde. Na maioria das vezes, esses profissionais, médicos ou enfermeiros, têm uma formação acadêmica voltada para a área hospitalar, encontrando dificuldades para atuar no setor primário da saúde.

Esse ponto de vista nos é trazido por C ao refletir: *“se coloca profissionais na ponta, que entram por concurso, mas que não apresentam qualificação em Saúde Pública. Na parte médica e também na de enfermagem, são profissionais que vêm de uma formação dentro de hospitais, em medicina meramente curativa e são colocados na ponta”*.

Essa questão da formação inadequada também nos é referida por G, ao afirmar: *“deve-se ter cuidado em relação a quem presta o atendimento à criança, pois muitas vezes são profissionais de saúde que não o pediatra. É diferente, pois a formação do pediatra é voltada somente para a criança, com estudo profundo dos seus problemas”*. Segundo esse sujeito: *“esse olhar mais experiente sobre a criança tinha de ser feito pelo pediatra. Então a falta do pediatra nas equipes é um problema que, para ser minimizado, passaria por mais treinamentos para os médicos que atendem a criança”*.

Na prática, essa formação não-ideal se reflete na atuação do médico que, segundo F *“é uma pessoa que tem um poder de influência muito grande sobre a população, devendo estar*

*comprometido nas atividades do Posto de Saúde como toda a equipe”. No entanto, segundo a sua experiência pessoal de quando atuava no Posto de Saúde, “os médicos faziam o seu atendimento e iam embora”. Para esse mesmo sujeito, “devemos pensar sempre na questão da equipe, não valorizar um profissional mais do que o outro, mas adotar essa proposta de equipe desde o nível central até as Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios”. E prossegue em sua reflexão, “devemos aproveitar os programas que existem e identificar de uma melhor forma quem são as pessoas mais capacitadas em nossa Secretaria para levá-los adiante, porque a questão do recurso humano qualificado é importante”.*

Essa importância da qualificação profissional é compartilhada por C, ao nos dizer: *“eu acho que todo o programa de Saúde Pública parte da capacitação dos profissionais, dos recursos humanos. Não se consegue levar adiante um programa sem ter pessoas qualificadas para a sua execução”.*

As informações e colocações pessoais dos Sujeitos da pesquisa sobre a Educação Continuada oferecida aos técnicos da Secretaria Estadual da Saúde para a sua atuação em Saúde Pública e sobre a formação universitária prévia dos mesmos são reveladoras da necessidade de uma maior reflexão. Procuramos, a seguir, tecer algumas considerações que possam, no futuro, suscitar essa reflexão.

#### COMENTÁRIOS SOBRE OS DADOS ENCONTRADOS NESSA CATEGORIA

Os depoimentos nos revelaram que os diferentes cursos de nossas universidades ligados à área da saúde formam alunos não aptos plenamente para atuarem na área da Saúde Pública.

Em nossa opinião, a grande maioria dos alunos que se formam nos cursos superiores voltados à área da saúde pouca importância dão à área de atenção primária. Isso, em grande

parte, ocorre porque nossas escolas priorizam um ensino com maior ênfase no tecnicismo e de atuação no nível terciário. Envoltos nesse clima, os alunos, muitas vezes, desvalorizam a atuação no nível primário, e quando, fruto de circunstâncias profissionais, acabam trabalhando em Saúde Pública, não têm preparação adequada para exercer essa função e a encaram como uma atividade secundária. Esta situação, associada à realidade da saúde em nosso país, nos remete à importância de uma reflexão mais profunda, hoje ainda incipiente, sobre o melhor papel de nossos cursos da área da saúde em relação aos futuros profissionais que formarão e que serão inseridos no mercado de trabalho.

Sobre esse assunto, Bulcão (2004, p.70) assim se expressa:

O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde, no país, deve, necessariamente, passar por uma nova concepção dos órgãos gestores da área de saúde. Tal concepção implica compartilhar responsabilidades quanto à formação de recursos humanos em saúde, os quais, ao final, serão os futuros profissionais, em potencial, exatamente na rede de serviços vinculada às esferas gestoras.

Acreditamos que deve haver uma maior relação entre a nossa realidade e as necessidades na área de saúde advindas da mesma, com as disciplinas curriculares dos cursos ligados à área da saúde. Por outro lado, falta uma maior integração desses cursos com o nível gestor da saúde para o empreendimento de ações conjuntas tanto em nível de pesquisa nessa área, como de Educação Continuada para os profissionais que atuam em Saúde Pública.

As deficiências da formação dos profissionais ligados à área da saúde, em nível de graduação, reforça ainda mais a necessidade da Educação Continuada durante o exercício de suas atividades profissionais na Secretaria da Saúde.

Todas as experiências dos sujeitos da pesquisa em relação à Educação Continuada estiveram ligadas a motivações e oportunidades pessoais, foram aproveitadas pelos mesmos devido a cargos que ocupavam em nível central, fato esse que não nos permite tentar

generalizar que essas experiências surgiram como oportunidades nas carreiras de todos os técnicos da Secretaria da Saúde. Por outro lado, essas atividades de Educação Continuada estiveram, em grande parte, voltadas para questões de controle técnico de doenças ligadas à mortalidade infantil.

Julgamos que esse tipo de capacitação, apesar de trazer uma qualificação técnica ao profissional, está longe de prepará-lo para atuar no sistema de Saúde Pública.

Conforme Bruner (2001, p.72), *”não somos simplesmente mentes isoladas com diferentes capacidades às quais se acrescenta, então, habilidades”*. Ainda para esse autor (p. 98), *“a questão é o procedimento de indagação, do uso da mente, que é fundamental para a manutenção de uma comunidade interpretativa e de uma cultura democrática”*.

Pessoalmente, pensamos que uma Educação Continuada deve ser oportunizada e oferecida a todos os técnicos da Secretaria da Saúde, principalmente para os que atendem diretamente a população nas Unidades de Saúde, através de uma política prioritária da mesma.

Entendemos, ainda, que seja através da qualificação profissional, em primeiro lugar, que se elevará o nível do atendimento prestado à população e a melhoria de nossos indicadores de saúde.

Acerca desta ênfase na importância da qualificação profissional, gostaríamos de fazer uma pequena reflexão sobre a mesma, aproveitando o que nos relata Arroyo (2002, p. 158) ao expressar que *“pertencemos a uma tradição filosófico-religiosa que acreditava que a formação do ser humano acontece por inculcação e transmissão de idéias, saberes e valores. Continuamos na mesma tradição pedagógica que reduz a ação educativa à transmissão de saberes”*. No entanto, segundo esse autor (p. 145), *“percebemos que o mundo da produção de bens, o processo de trabalho e as relações sociais mudam e nessas transformações os seres*

*humanos se transformam, se formam e aprendem, se individualizam enquanto seres históricos”.*

Reconhecemos, com isso, que a capacitação não se restrinja tão somente ao repasse de conhecimentos técnicos aos profissionais, mas instigue, nas pessoas, a capacidade de reflexão sobre sua prática, associada a um contexto maior no qual está contida, para que realmente possam modificar-se e modificar suas próprias práticas, diríamos que até como uma auto-educação, além da Educação Continuada.

Em nossa opinião, um outro aspecto que merece atenção é o fato de, muitas vezes, a função no serviço público ser vista como algo desapropriado de idealismo e como atividade secundária ou para garantia de uma atividade ou benefício posterior.

Consideramos que, assim como o idealismo inicial em uma atividade pode se transformar no futuro em um mal-estar profissional, o início estritamente focado em um ponto distante do idealismo pode, pela trajetória desenvolvida e reveladora de horizontes antes não vislumbrados, transformar essa relação profissional, antes limitada, em algo prazeroso.

Isso nos leva a uma indagação, por que algumas pessoas através de seu empenho pessoal progredem profissionalmente e conseguem satisfação na sua atividade, enquanto outras mostram-se estagnadas, como estando em um beco sem saída?

Tentando responder, conforme a teoria da motivação para realização de Raynor (apud PAPALIA e OLDS, 2000, p. 454), *“um trabalhador pode perceber uma trajetória profissional contingente como fechada ou aberta”*. As trajetórias profissionais contingentes são as que se realizam tendo alguma motivação, ao contrário das não-contingentes, em que há pouca ou nenhuma motivação. Numa trajetória contingente fechada, tem-se uma meta final como motivação, como atingir determinado posto, uma estabilidade ou a aposentadoria,

por exemplo. Ao contrário, numa trajetória aberta, não há um ponto final fixo a se buscar. Diversas novas oportunidades surgem ao longo do caminho, propiciando novos conhecimentos, a aquisição de novas habilidades, crescimento e satisfação pessoal. A possibilidade de propiciar, conforme essa teoria, trajetórias abertas deve ser, no nosso entender, uma busca dos gestores da área de Saúde Pública, visando uma maior oportunidade de desenvolvimento dos profissionais a ela ligados e tendo como consequência um serviço de maior qualidade.

Entendemos que a possibilidade, antes mencionada, somente se tornará viável através da criação de um sistema educativo voltado ao aperfeiçoamento da atividade dos profissionais ligados à área de Saúde Pública.

Para Bruner (2001, p. 46), *“um sistema de educação deve ajudar aqueles que estão crescendo em uma cultura a encontrar uma identidade dentro dela mesma. Sem ela eles tropeçarão em seu esforço de significado”*.

Acreditamos que, considerando-se o atual estágio em que se encontra a situação de saúde da população de nosso estado, um sistema de Educação Continuada para os profissionais da Secretaria da Saúde deva priorizar ações que possibilitem o desenvolvimento de uma atitude reflexiva crítica frente aos atuais problemas de Saúde Pública por nós enfrentados, visando a uma maior autonomia dos profissionais em sua área de atuação.

#### **2.9.4 O Avanço nas Questões da Saúde Pública Infantil no RS nas Últimas Décadas: Resgate Histórico de Profissionais em Saúde Pública da SES do RS, em uma Perspectiva de Educação para a Saúde**

Ao longo dos anos muitas transformações se processam, fruto da ação do homem sobre o meio em que vive. Essas transformações ocorrem em todas as áreas de sua atuação, trazendo mudanças, e com elas, muitas vezes, benefícios para o homem.



Para Elias (1994, p.144), “a tarefa que se impõe aos seres humanos em busca de orientação consiste em descobrir a ordem dos eventos sucessivos, e em buscar conceitos com os quais as pessoas possam comunicar-se acerca dos aspectos individuais nessa ordem”.

Sob esse prisma, procuramos, na área da Saúde Pública Infantil, no Rio Grande do Sul analisar, a partir das entrevistas realizadas, os pontos fortes que marcaram as ações em prol da criança e como as ações de educação estiveram nelas presentes nos últimos anos.

Toda a mudança positiva decorre de uma valorização que é dada a determinada área de atuação do ser humano. No caso da criança, em relação à área de Saúde Pública em nosso estado, com momentos de maior ou menor intensidade, isso realmente ocorreu, como nos diz I:

*Eu acho que das coisas mais consideráveis que aconteceram, uma foi poder acreditar que as crianças eram importantes, que eram o cartão de visita das famílias. Onde tem uma criança desnutrida, ou em condição de risco, certamente tem uma família necessitando de ajuda do Serviço de Saúde. Esse fato de valorizar as crianças foi algo que aconteceu no decorrer dessas décadas.*

A valorização da criança, conforme Marques (1986, p.1), é justificada pelo fato de a mesma “*ser um sujeito em evolução, precariamente dotado dos dispositivos de defesa contra as agressões do meio, constituindo o período infantil junto com a velhice, a etapa mais vulnerável biológica e socialmente de toda existência humana*”

O Rio Grande do Sul, em relação às ações de saúde voltadas à criança, nas últimas décadas, ganhou reconhecimento pela efetiva redução que conseguiu atingir no número de óbitos infantis. Essa redução fez com que nosso estado atingisse o menor coeficiente de mortalidade infantil entre os estados brasileiros e se aproximasse dos índices de países desenvolvidos.

Com longa experiência de trabalho na Secretaria da Saúde, H, ao relembrar a década de 1970, nos diz: *“trabalhávamos com uma mortalidade infantil alta, em torno de 46 óbitos por mil nascidos vivos antes de completar um ano de idade e 60% desses óbitos eram na fase infantil tardia, ou seja, ocorriam após as quatro primeiras semanas de vida”*.

Esse relato é importante porque determina um perfil de mortalidade ligado a doenças prevalentes da infância associadas a baixas condições socioeconômicas, cuja redução está associada a diversas ações, entre elas, a preconizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e OPAS para os países em desenvolvimento naquela época, cujo foco estava no controle das principais doenças.

No final dos anos 70 aos 80 do século XX, as principais políticas no RS visavam combater agravos específicos, seguindo o modelo vitorioso do combate à tuberculose. Assim, tínhamos como principal preocupação, naquela época, controlar a doença diarréica, principal causa de morbidade e mortalidade na infância.

Na segunda metade da década de 80, tive a oportunidade de participar do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA), através do qual se procurava ver a atenção à criança não focada em um único aspecto ou doença específica, mesmo assim, a visão propiciada pelo mesmo, seja do crescimento e desenvolvimento, controle de doenças diarréica e respiratória ou incentivo ao aleitamento materno, era individualizada, não propiciando esse programa uma visão integradora dos problemas da infância.

Essas ações foram seguidas pelo nosso estado conforme nos revela D ao nos referir o seguinte:

*Eu penso que um ponto forte das políticas voltadas à criança em nosso estado está relacionado com o fato da Secretaria Estadual da*

*Saúde sempre seguir as políticas nacionais e da OPAS. Como exemplo, eu cito no início dos anos da década de 80, o engajamento do Rio grande do Sul na implantação da Terapia de Reidratação Oral com a orientação da OPAS e que estava iniciando no Brasil. Eu tive a oportunidade de acompanhar desde o início essa ação, observando ao longo dos anos a redução do número de óbitos e de internações por desidratação, bem diferente do que ocorria na época em que me formei.*

Conforme dados da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (2001, p.177), tivemos, em 1971, 1655 óbitos por infecções intestinais em menores de um ano de idade, correspondendo a 18,7% do total de óbitos dessa faixa etária, caindo esse número em 2000 para 73 óbitos ou 2,8% do total de óbitos da faixa etária.

A análise das ações que colaboraram para diminuir o número de óbitos é feita por I ao refletir que *“a diminuição da mortalidade infantil é indiscutível e foi feita às custas das ações básicas de saúde, do incremento do Programa de Controle da Infecção Respiratória Aguda, do Controle da Doença Diarréica e a Terapêutica de Hidratação Oral, do incentivo às vacinações, enfim, as questões relacionadas às ações infantis foram priorizadas”*. Isso é confirmado por H ao nos informar que *“as ações se direcionavam à população a partir dos 28 dias de vida, principalmente no combate às doenças diarréica, respiratória e acompanhamento do egresso hospitalar”*.

Nessa época devemos destacar dois elementos que favoreceram a implementação com sucesso das ações de saúde em nosso estado pela Secretaria da Saúde. Tínhamos uma mesma equipe técnica de alta competência com dedicação exclusiva ao trabalho na Secretaria da Saúde dando continuidade à ação ao longo dos anos e o estado detinha o domínio sobre a maioria dos serviços básicos de saúde a ele pertencente, e também exercia uma forte influência sobre os serviços municipais e federais de saúde.

Sobre isso, H, com atuação na Secretaria da Saúde desde aquele período, nos informa que *“o ano de 1970 marcou o início da ação de um grupo que assumiu a Secretaria da Saúde e trabalhou durante 16 anos sem interrupção, sem alterações de chefia. Isto propiciou à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul um reconhecimento nacional e internacional”*. E prossegue esse sujeito, *“essas pessoas eram técnicos, suplementados pela Fundação Estadual de Serviço em Saúde Pública (FESSP), o que permitia uma atuação em tempo integral com dedicação exclusiva. Eles tanto gostavam, que faziam Saúde Pública de forma exclusiva”*. E conclui, esse sujeito: *“eram pessoas conceituadas que após foram até trabalhar na OPAS e OMS. Então, tínhamos recursos humanos qualificados e a continuidade dos programas, e o que se via era os outros estados vindo aqui aprender alguma coisa conosco”*.

Em relação à ação dos programas em abrangência estadual, esse mesmo sujeito nos informa que *“funcionavam em todo o estado. Se íamos a um determinado município, por exemplo, para realizar um curso sobre tratamento da doença diarréica aguda, além dos técnicos do estado, também participavam os do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e os do município”*.

Ainda, conforme esse sujeito, *“nesta época, de 1970 até 1986, foram implantados diversos programas, como por exemplo, o de Controle da Doença Diarréica Aguda, em que nós pagávamos e contratávamos leitos hospitalares para atender a demanda de internações no período do verão”*.

Conforme G, *“no final da década de 1970, o perfil dos atendimentos estava ligado principalmente a casos de desidratação, desnutrição e doenças respiratórias”*. E prossegue esse sujeito: *“isso me leva a concluir que o ponto forte da política voltada à infância foi a abordagem a esses casos”*. E cita como exemplo, o caso da doença diarréica, *“em que se evoluiu da pausa alimentar, da prescrição de antidiarréicos, para uma nova abordagem com*

*a entrada do soro de reidratação oral, da orientação quanto à alimentação. Isso foi um dos grandes marcos que eu presenciei”.*

Já A também destaca outras ações, além do controle da diarreia, *“como as voltadas ao incentivo ao aleitamento materno, os próprios treinamentos como o do PAISC, do controle das IRA (Infecção respiratória Aguda) e da desnutrição”*. Em relação a esses programas, esse sujeito comenta que *“apesar de serem programas bem pontuais, ajudaram bastante”*.

Essa fala nos revela um tipo de política que priorizou o combate a doenças específicas como forma de melhorar as condições de saúde da criança em nosso estado.

A partir dessa constatação, F também faz uma reflexão:

*Sempre fizemos políticas voltadas para atacar um problema e as metas acabam sempre em relação a este problema. Por exemplo, se fosse no verão o enfoque eram as doenças diarreicas, no inverno, as doenças respiratórias. Ou seja, estávamos tentando solucionar um problema no momento em que ele estava acontecendo.*

Com esses relatos, podemos observar, em relação aos pontos fortes das políticas públicas voltadas à criança, nas últimas décadas no Rio Grande do Sul, que predominaram os relacionados a programas pontuais para o controle de alguns agravos, buscando medir os resultados dessas ações através da melhoria dos indicadores infantis ligados à morbidade e à mortalidade.

O avanço da atenção à saúde infantil nas políticas públicas, no entanto, está ligado a uma série de situações. Assim, o estudo da realidade local, desenhos de modelos de atendimentos, experiências prévias em outros locais com situações semelhantes de problemas, incentivo à área educacional e recursos financeiros ligados a programas de interesse internacional são alguns exemplos de como essa atenção pode avançar. Nesse conjunto de

situações, diversas oportunidades para melhorar a assistência pública à saúde infantil surgem, podendo o Estado aproveitá-las ou não.

Considerando as falas de nossos sujeitos da pesquisa, procuramos aprofundar como foram as principais oportunidades aproveitadas pelo estado do Rio Grande do Sul nos últimos anos em prol da melhoria da saúde da criança.

Em um sentido amplo, podemos nos valer, para situar essa questão de um modo geral, da alocação de A ao expressar:

*As principais oportunidades que aproveitamos para avançarmos em relação às questões de saúde infantil no nosso estado, nos últimos anos, estão relacionadas a políticas de vacinas, de reidratação oral, de aleitamento materno, de atendimento às doenças prevalentes da infância, como a diarreia, a pneumonia e a desnutrição.*

Ligada à implantação das políticas acima referidas, há uma oportunidade de revisão técnica voltada àqueles profissionais diretamente envolvidos com elas, a qual é referida por D, ao dizer que “*uma das coisas mais importantes em relação às oportunidades aproveitadas foi toda a capacitação do pessoal que trabalha na saúde*”.

A maioria das oportunidades aproveitadas esteve ligada ao combate e controle de doenças que acometiam grande número de crianças. No entanto, algumas ações ligadas a situações menos prevalentes também foram desenvolvidas pelo estado do Rio Grande do Sul, como é o caso do Teste do Pezinho ou a preocupação com a saúde das crianças frequentadoras de creches.

Para uma melhor compreensão dessas oportunidades aproveitadas, veremos a seguir, particularizando situações, como as falas dos sujeitos da pesquisa referem-se às mesmas.

Um dos grandes males da humanidade, as doenças infecto-contagiosas, atingiram e levaram à morte milhões de criança no mundo. Em nosso estado, os óbitos por esse grupo de doenças, principalmente o sarampo, difteria, tétano e coqueluche, ceifou muitas jovens vidas, principalmente até a década de 70 do século passado, estando hoje esses agravos à saúde infantil, aparentemente, sob controle.

Conforme dados da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (2001 p.118), morreram no período entre 1971 e 1975, por sarampo, difteria, tétano e coqueluche em nosso estado, respectivamente, 21.6, 9.5, 34.5 e 17.7 crianças para cada 100.000 nascidos vivos.

O combate a essas doenças mobilizou grandes esforços da ciência, culminando com a descoberta de diversas vacinas para a sua prevenção.

Vale ressaltar, conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (1997, p. 141), *“no começo do século XX, as infecções transmissíveis da infância causavam a morte prematura de milhares de crianças na Região das Américas. Existia uma só vacina: contra a varíola. Ainda, de acordo com essa fonte (p.141), “ao longo do século, foi produzida uma variedade de vacinas e a imunização tem demonstrado ser a medida de saúde pública mais econômica para prevenir a doença e a morte entre as crianças”.*

Em nosso estado, como nos diz o Sujeito G, *“a questão das vacinas, foi uma oportunidade que se aproveitou”.*

A descoberta dessas vacinas abria a possibilidade de proteção contra algumas doenças à população infantil. Porém, a sua existência por si só não significava uma utilização plena. Era preciso disponibilizar as mesmas ao sistema público e este deveria disponibilizar à população. E aí, a sua disponibilidade exclusiva também não garantia o uso generalizado. Era preciso inculcar no meio profissional e entre os cuidadores de crianças a importância de sua

utilização, principalmente como prevenção, através de elementos educacionais complementares.

Uma pesquisa de Tezoquipa, Monreal e Santiago (2001, p. 443-450) nos mostrou que os cuidados de saúde em nível doméstico são resultados de uma mescla de condutas tradicionais curativas ligadas à cultura local, com aquelas propostas pelo modelo de medicina hegemônico.

Em nosso estado, valendo-se das campanhas, maciçamente, mobilizava-se a população através de diferentes meios de comunicação, para a importância dessas vacinas que eram oferecidas a todas as crianças em um dia específico de vacinação, em que se atingia mais de 90% de cobertura vacinal.

Esse fato nos é confirmado por G ao referir que, *“as campanhas de vacinas tiveram grande divulgação, que serviu para incutir nas pessoas a necessidade e a importância da vacinação”*.

Esse empenho esteve ligado a um contexto mais amplo, como nos informa D, ao citar que *“as vacinações, como a contra a poliomielite, por exemplo, foram oportunidades que a Secretaria da Saúde aproveitou seguindo recomendações internacionais e engajando-se em campanhas nacionais”*.

Toda essa mobilização levou a uma conscientização dos responsáveis pelas crianças em relação à importância da vacinação para a prevenção dessas doenças, aumentando a sua cobertura. Como nos diz G, *“o aumento da cobertura vacinal foi uma oportunidade que aproveitamos”*.

Ao lado de uma política positiva criada nessa área, concordando com esse sujeito E nos refere que *“o acompanhamento da situação de imunizações das crianças funciona muito*



*bem em nosso estado, acreditamos que esta foi uma oportunidade que a Saúde Pública do Rio Grande do Sul soube aproveitar beneficiando milhares de crianças ao longo dos últimos anos”.*

Em relação à implantação da estratégia de vacinação, gostaríamos de destacar, em 1993, a substituição do Cartão de Vacinas, para a marcação das mesmas, pelo Cartão da Criança. Em nossa opinião, este documento bem mais completo em termos de informações sobre a criança veio valorizar a saúde da mesma e propiciar, num primeiro momento, a integralidade das ações. Por outro lado, sua vinculação com o sistema escolar, por ser o instrumento fornecedor da informação sobre a situação vacinal quando da matrícula do aluno, ficou fortalecido por outros conhecimentos adicionais proporcionados, e que podem, futuramente, relacionar-se com o desempenho escolar.

Hoje, em nosso estado, atingem-se coberturas vacinais dentro dos parâmetros técnicos recomendados internacionalmente e essas doenças encontram-se sob controle, perdendo, em termos de importância para a constituição da morbi-mortalidade, a magnitude e a relevância de alguns anos atrás.

Outra doença que acometia crianças em grande escala e era causa importante de internações e óbitos foi a doença diarréica. Inicialmente, a Secretaria da Saúde buscou evitar as mortes infantis por essa doença concentrando-se os esforços em nível hospitalar.

Com responsabilidade de coordenação em determinada época, H nos traz o seguinte relato:

*No período em que fiquei coordenando a chamada Equipe Materno-Infantil da Secretaria de Saúde entre 1976 e 1986, foram implantados diversos programas, como por exemplo o da Doença Diarréica Aguda, que era um plano de combate a essa doença, em que nós contratávamos e pagávamos leitos hospitalares para atender a demanda de internações por desidratação no verão.*

Já D revela sua experiência de participação neste programa ao nos revelar: *“logo que terminei a Faculdade e a Residência Médica, no final dos anos da década de 70, trabalhei muitas vezes em campanhas de hidratação promovida pela Secretaria da Saúde através de convênios com hospitais”*. E prossegue esse sujeito: *“nestas oportunidades enfermarias eram abertas e profissionais contratados para atender somente casos de desidratação em crianças, que era muito freqüente no verão”*.

Nessa época, ainda não dominávamos a técnica da terapia de reidratação oral. Diz H: *“em 1982 se implantou a terapia de reidratação oral. Nós fomos a todas as Regionais de Saúde para realizar capacitações e fazíamos supervisão para a correção de eventuais erros”*. Conforme esse mesmo sujeito, *“a terapia de reidratação oral era uma experiência já consagrada em outros países e quando a implantamos aqui, a aceitação dos técnicos foi muito boa porque se enfrentava problemas de superlotação dos hospitais nos meses quentes”*. E conclui esse sujeito, *“a partir de então se reduziu a necessidade de contratar leitos hospitalares”*. Isso é confirmado por D ao citar: *“a partir da implantação da terapia de reidratação oral, com o tempo, eu pude acompanhar na prática que vinham diminuindo as internações hospitalares em crianças por desidratação”*.

É recordado por H: *“nessa época eu ainda era clínico pediatra e fazia plantões. Quando vinha uma criança com diarreia, recomendava pausa alimentar de 6 a 12 horas e prescrevia caolim com pectina, um antibiótico e um anti-emético”*. E prossegue esse sujeito *“era uma receita de três folhas. Após a implantação da terapia de reidratação oral houve uma completa mudança em relação à abordagem dessa criança com diarreia e os resultados passaram a ser outros também”*.

Em relação à educação das mães, conforme H, *“se fazia visitas domiciliares com pessoal auxiliar que levava o sal de reidratação oral e orientava as mães como proceder no primeiro momento da doença diarréica aguda”*.

Com isso, conforme esse mesmo sujeito: *“hoje se tem um número muito pequeno de óbitos e acho que ela ocupa entre as doenças em menores de um ano de idade o sexto ou sétimo lugar entre as dez principais causas de óbitos”*.

Conforme dados da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (2001, p.177), os óbitos por doença infecciosa intestinal em 1980 atingiram 871 crianças menores de um ano, representando 12,0% do total de óbitos dessa faixa etária, caindo esse número para 73 crianças em 2000 ou 2,8% do total de óbitos deste grupo etário.

Em relação ao impacto que trouxe em nosso estado, I nos diz que *“a terapia de reidratação oral é um exemplo, talvez o melhor exemplo da área da saúde, que mudou a saúde das crianças, não morrem mais crianças como morriam antigamente”*.

A aceitação desses novos conhecimentos e a mudança de comportamento por parte de profissionais e cuidadores de crianças, conforme G *“se deu de modo gradual, não foi nada repentino. Aos poucos foi acontecendo, através de congressos, de cursos de atualização, nos quais nós fomos tomando conhecimento das mudanças”*.

Para Bruner (1997, p. 34), *“o pluralismo da vida moderna e as rápidas mudanças que eles impõem criam conflitos de comprometimento, conflitos de valores e, portanto, conflitos quanto à ‘correção’ de diversas alegações sobre o conhecimento a respeito desses valores”*.

Ao lado da doença diarréica, a infecção respiratória aguda constituía-se em outro desafio a ser vencido para a promoção da sobrevivência infantil.

A esse respeito, H relembra que *“naquela época, no final da década de 70, o perfil dos atendimentos estava ligado principalmente a casos de desidratação e doenças respiratórias”*.

H informa-nos que *“outro programa que se implantou em 1983, foi o da doença respiratória aguda, que era a causa mais importante de óbito no primeiro ano de vida, e que também trouxe bons resultados”*.

Do ano de 1983 até 2000, conforme dados da Secretaria da Saúde (2001, p.175), tivemos uma redução de 83% nos óbitos por pneumonia em menores de um ano de idade no Rio Grande do Sul.

Recorda G: *“tivemos as capacitações para atender crianças com doenças respiratórias e eu acho que isso foi positivo. Desde então, se observou uma mudança no perfil da mortalidade da criança e eu sempre me interessei por acompanhar essa evolução”*.

Em relação ao programa de combate à doença respiratória na infância, em comparação com o da doença diarréica, na nossa opinião, sua ação é mais complexa. Isso se justifica, pois essa ação depende da disponibilidade de vários medicamentos, tais como antibióticos, broncodilatadores, antitérmicos, oxigênio, além de recursos tecnológicos como nebulizadores e mostra pouca facilidade para uma padronização diagnóstica pelas diferentes manifestações da doença no aparelho respiratório, dificultando, por exemplo, a separação de casos de pneumonia e outras doenças. Esses fatos levam a dificuldades de entendimento dos profissionais e cuidadores de crianças para a plena execução dessa ação.

No entanto, acreditamos que todas as oportunidades surgidas para minorar os efeitos maléficos dessa doença sobre nossa população infantil foram bem aproveitadas pelo nosso estado, talvez com algum comprometimento pelas mudanças de abordagem visando ao

aprimoramento diagnóstico e propedêutico e pela sazonalidade da doença no Rio Grande do Sul.

Outro fator associado que agravava o problema causado por essas duas doenças era a desnutrição que acometia grande número de crianças, principalmente no primeiro ano de vida, aumentando a mortalidade infantil. Em grande parte, prevalente em zonas mais pobres, a desnutrição estava associada à prática de desmame precoce. Na década de 70 pouca importância dava-se a essa prática, havendo grande difusão da alimentação artificial.

O nosso estado foi um dos pioneiros no resgate do incentivo ao aleitamento materno. Conforme H, *“não se falava em aleitamento materno. Então, partiu da Secretaria da Saúde em conjunto com a Sociedade de Pediatria e outras entidades, o estímulo ao aleitamento materno numa tentativa de reverter o que até então se fazia. Conforme esse mesmo sujeito, “a Secretaria da Saúde iniciou em 1978 e 1979 o programa de estímulo ao aleitamento que culminou em 1980 com um Congresso Nacional sobre Aleitamento Materno em Porto Alegre”*.

A mudança de comportamento por parte de profissionais e mães em relação à prática do aleitamento materno foi algo que ocorreu de forma progressiva. C, dos primeiros a se envolver com essa questão, recorda que *“existia a dificuldade da valorização para as questões de aleitamento materno”*.

Durante os anos das décadas de 80 e 90, o incentivo ao aleitamento apresentou importante crescimento, fazendo parte das políticas estadual, do governo federal e da Organização Pan-Americana de Saúde. Assim, as políticas do PAISC e do AIDPI destacaram a importância do aleitamento materno para a promoção da saúde infantil. Especificamente, estabeleceu-se uma política de incentivo aos Hospitais Amigos da Criança, em que se

reconheciam publicamente e com ganhos financeiros aqueles hospitais com maternidade, que difundissem a prática do aleitamento materno.

Em relação à medida do impacto desta política, G nos diz que *“se aproveitou uma dessas campanhas nacionais de vacinação para se avaliar a prevalência de aleitamento materno em nosso meio”*.

Segundo dados do Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>), essa pesquisa, realizada nas capitais brasileiras, mostrou que em Porto Alegre 62% das crianças no sexto mês de vida e 32,8% no décimo-segundo mês de vida eram amamentadas no peito.

Refere I, ao fazer uma análise da evolução do aleitamento materno em nosso meio: *“a questão da amamentação que era tão desprezada quando eu entrei no serviço público, agora tem uma projeção e um incentivo”*.

A questão do aleitamento, acreditamos, sofreu uma grande mudança a partir de novas atitudes de profissionais e mães. Valorizou-se uma prática esquecida, aumentando o número de mães que amamentam, o que favoreceu a relação mãe-bebê, o maior vínculo destas mães com o sistema de saúde e melhorou as condições de vida da criança com diminuição direta da desnutrição e do impacto sobre as doenças prevalentes, como a desidratação e a pneumonia.

Mas não ficaram restritas a ações voltadas ao controle de doenças específicas visando à diminuição da mortalidade infantil as oportunidades aproveitadas pelo estado em prol da criança, nos últimos anos. Tivemos várias ações não ligadas diretamente ao controle de doenças da criança, mas que a beneficiaram indiretamente. Como nos refere G *“apesar de essas ações não repercutirem nos índices de mortalidade infantil, certamente influenciaram na qualidade de vida das crianças”*.

Essas ações ocorreram, ora com um enfoque, ora com outro, durante as últimas décadas. Procuraremos destacar, valendo-nos das falas de nossos entrevistados, alguns fatos marcantes das mesmas em diferentes momentos.

Lembra-nos H sobre uma ação que não tinha uma doença específica como foco:

*Um programa que teve um certo destaque foi o do egresso hospitalar e do recém-nascido de risco, por volta de 1980 ou 1981. Iniciamos em Porto Alegre e depois se expandiu para todo o estado através das Delegacias Regionais de Saúde. Em municípios maiores, como por exemplo Rio Grande, todas as crianças menores de um ano internadas, após a alta hospitalar, tinham agendadas previamente consulta no serviço de saúde, assim como todo o recém-nascido de risco. Essa consulta era garantida e o percentual de comparecimento, que pode parecer baixo, mas era significativo pelas condições sociais da população que atendíamos, girava em torno de 50 a 60 %. Os estagiários que trabalhavam no projeto, que eram estagiários do Projeto Rondon, iam fazer a busca domiciliar dos faltosos.*

Sobre essa ação, I, baseado em sua participação na mesma, nos refere:

*O trabalho do egresso hospitalar era um programa que funcionava muito bem. Não tinha nada informatizado. Tinha um aluno da Faculdade de Medicina que ia nos hospitais verificar os egressos hospitalares, anotando-os numa ficha. Uma via dessa ficha ia para o Posto de Saúde que tinha a obrigação, se a criança era a ele referendada, de buscá-la em casa, se não comparecesse à consulta.*

É também dessa época a primeira preocupação da Secretária da Saúde com a criança em idade pré-escolar, ao procurar conhecer os estabelecimentos que prestavam atendimento a crianças nesta faixa etária.

Sobre essa atuação, H nos informa que “*um programa que se implantou na época foi o cadastro de todos os estabelecimentos que prestavam cuidados à criança de 0 a 6 anos, inclusive com normas técnicas criadas pela Divisão Materno-Infantil em 1981*”. E prossegue esse sujeito, “*fazíamos o acompanhamento e a supervisão desses estabelecimentos. Do*

*grupo, participava a LBA, INAMPS, Prefeituras Municipais e outras instituições. Conseguimos o cadastro de todos os estabelecimentos do estado”.*

Além da preocupação com a criança freqüentadora de creches, pudemos também constatar outras abordagens mais abrangentes que visavam melhorar a qualidade de vida das crianças.

Refere C: *“todas as políticas que visem melhorar a qualidade de vida da criança são muito importantes, como foi o caso do teste do pezinho”.* Para esse sujeito, *“uma oportunidade aproveitada foi o teste do pezinho, que é o rastreamento neonatal, uma política que está agora sob o controle do Governo Federal, mas nós implantamos antes aqui no estado por pressão política e do Ministério Público”.* E prossegue esse sujeito: *“nós do estado conseguimos implantar de maneira satisfatória em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através da Faculdade de Farmácia, e é um programa que está muito bem neste momento”.*

Sobre esse assunto G nos diz: *“o teste do pezinho foi uma experiência que nós tivemos bem importante. O Ministério da Saúde propiciou o financiamento, facilitando a sua implementação e o estado aproveitou essa oportunidade”.* E prossegue esse sujeito, *“em 2001, quando ocorreu a portaria do Ministério da Saúde para a ampliação do teste do pezinho, nós já tínhamos uma cobertura de 19% e no final de 2002 alcançamos 65%” de cobertura desse teste”.*

No entanto, além das ações específicas de combate a doenças, outras ações, não ligadas diretamente a um agravo, mas com reflexo positivo sobre a saúde da população ocorreram, como a relatada, por exemplo, por um sujeito da pesquisa. Relata-nos E um tipo de ação da qual participou e que, apesar de não trazer relação direta com uma doença específica, beneficia a saúde da população. Ele nos narra o que segue:



*Em relação aos pontos fortes das políticas públicas voltadas à infância, eu acho que, mesmo de uma maneira lenta, eu tive a oportunidade de acompanhar nos últimos anos uma melhoria nas condições de saneamento básico. Eu acompanhei durante algum tempo o serviço do PROSAN, que é um programa específico da Secretaria Estadual da Saúde, que conta com verbas a fundo perdido, e trata de instalações sanitárias e redes de abastecimento de água, ampliação destas redes. Acho que mesmo que eles andem de maneira vagarosa, trouxeram melhoria.*

### COMENTÁRIOS SOBRE OS DADOS ENCONTRADOS NESSA CATEGORIA

Os relatos trazidos pelos sujeitos, nessa categoria, acerca do avanço nas questões de saúde pública no Rio Grande do Sul, nos últimos anos, nos revelam uma grande evolução em relação à melhoria das condições de saúde infantil e nos permitem algumas reflexões sobre as ações educativas contidas nas mesmas.

Consideramos que o Estado, de modo geral, aproveitou as oportunidades surgidas em relação a políticas de saúde em prol da criança nas últimas décadas. No entanto, julgamos que este aproveitamento não se deu de modo uniforme, ocorrendo períodos mais ricos em termos de prioridade e dinamismo dessas ações.

Provavelmente, essas variações estiveram relacionadas às diversas trocas de governos e mudanças em relação à prioridade dada à área da saúde.

Por outro lado, o avanço se deu com o olhar fixado quase que exclusivamente na doença. Não procuramos, de modo amplo, promover a saúde, mas combater a doença através de programas propostos pela Organização Mundial da Saúde.

Acreditamos que a evolução ocorrida, como, por exemplo, na diminuição dos casos de desidratação, esteve grandemente ligada a uma importante mudança de comportamento tanto de profissionais como das mães cuidadoras das crianças em relação à visão que tinham dessa doença. Em nossa opinião, o avanço do conhecimento científico dessa área ajudou a

incorporar, após muitos anos de indagações, retrocessos e avanços sobre o assunto, novos valores e comportamento, naquelas pessoas envolvidas com a história da desidratação em nossas crianças. Esses novos valores e comportamentos ocorreram pela incorporação em suas ações, assim como em outras doenças prevalentes, de ações educativas sobre o lidar com essa doença.

Outras ações educativas de sucesso ligadas ao combate de doenças da infância estiveram relacionadas àquelas que privilegiaram a importância da vacinação na prevenção de várias doenças infecto-contagiosas e do aleitamento materno para o pleno crescimento e desenvolvimento dos lactentes.

Devemos ressaltar que as ações educativas que incentivavam a prática do aleitamento materno encontraram forte resistência tanto dos profissionais como das mães, que tinham dificuldades de valorizá-las.

Julgamos que essa dificuldade de valorização, esteve ligada à falta de conhecimento, em determinada época, sobre as vantagens do aleitamento materno, da pressão da indústria alimentícia para a venda de leite em pó e de um padrão cultural que valorizava o aleitamento artificial nas classes mais abastadas, servindo como modelo para as classes menos favorecidas. Em nossa opinião, os novos conhecimentos acerca do aleitamento materno aliado a novas atitudes dos profissionais levaram a uma importante mudança de comportamento em todas as classes sociais com inegável benefício para a saúde das crianças.

Para Mosquera e Stobäus (1984, p.34), *“estes três elementos, conhecimentos, atitudes e comportamentos, formam um todo que poderia ser expresso como o nível de saúde”*.

No entanto, entendemos que as ações, na sua grande maioria, seguiram um modelo previamente testado, proposto por entidades internacionais, e que se adequava a nossa realidade, faltando melhor senso crítico em relação às mesmas. Realmente, em locais com mortalidade infantil alta, o combate organizado às principais doenças relacionadas às baixas condições de vida da população, a partir de modelos pré-concebidos tem um impacto positivo muito importante. Foi o que observamos em nosso estado nas décadas passadas.

Outrossim, devemos considerar que as ações educativas contidas nesses programas, tanto para os profissionais da área da saúde como para os cuidadores das crianças, indispensável para o sucesso dos mesmos, não surgiram de um processo de discussão, mas vieram prontos, partindo do princípio de que alguém ensina e outro aprende.

Em nosso juízo, valendo-nos de Mosquera e Stobäus (1984, p.13), *“a Educação para a Saúde não pressupõe, simplesmente, planos elaborados em escritórios ou gabinetes, mas é, antes de mais nada, planos de ação na realidade”*.

Assim, não devemos esquecer que as condições de saúde de uma população não são explicadas exclusivamente pela relação causa-efeito, ou seja, doença X relacionada a determinado agravo e até à morte, mas sim por uma multiplicidade de fatores, o que a torna complexa. É, justamente, o entendimento a partir da complexidade que tornará essa ação de saúde pública mais eficiente, duradoura e compreendida como fenômeno de constante renovação e interação entre técnicos e população, no qual as ações educativas desempenharão fundamental papel.

Para Morin (2000a, p. 14), *“os problemas particulares só podem ser posicionados e pensados corretamente em seus contextos; e o próprio contexto desses problemas deve ser posicionado cada vez mais no contexto planetário”*. Ainda segundo esse autor (p.14), *“existe complexidade quando os componentes que constituem um todo (como o econômico,*

*o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes”.*

Essa questão de relacionar o processo saúde-doença dentro de um contexto mais amplo visando a sua compreensão e à conseqüente elaboração de políticas de saúde pública também é referido por Artalejo e Inchaúrregui (2000, p.16), ao afirmar que “*o estudo das realidades complexas, como a saúde e seus determinantes, se facilita mediante representações formais chamadas modelos. Estes modelos devem incluir todos os determinantes conhecidos da saúde, e devem servir para orientar a formulação das políticas de saúde*”.

Hoje, temos em nosso estado uma situação invertida em relação às décadas passadas, ou seja, a maioria dos nossos problemas concentram-se no primeiro mês de vida da criança, quando ocorre a maioria dos óbitos infantis, ao contrário do passado, quando estes se concentravam no período pós-neonatal.

Aqui, nitidamente, poderemos ter soluções que necessariamente terão de passar por ações educacionais, seja em nível de Educação Formal, Social ou para a Saúde.

### **2.9.5 Um Olhar Reflexivo de Técnicos da SES do RS sobre as Ações de Saúde e de Educação para a Saúde no Passado; Propiciando críticas sobre aquilo em que poderíamos ter avançado mais**

Ao analisarmos pontos que deixam a desejar em uma determinada instituição, devemos ter em mente os fatores históricos e culturais que envolvem a mesma. No caso do serviço público, comparado à maior parte do serviço privado, são notórias algumas dificuldades de agilização em diversos de seus setores.

É o que nos diz D, ao afirmar que *“dos pontos fracos, um é o próprio funcionamento da máquina estatal que não é ágil, tem muitos empecilhos, muitas coisas que trancam devido à maneira como funciona o serviço público”*. Em consequência, conforme esse sujeito: *“muitas vezes tu não consegues agilizar algo em tempo hábil, fazer a coisa andar rápido, porque tem que seguir várias burocracias, necessidade de passar por várias instâncias e isso acaba sendo um fator limitador do serviço público”*.

Esse fator limitador do serviço público, que se manifesta também na área da saúde pública, acreditamos que em parte se dê pela própria falta de continuidade devido às trocas de governos e conseqüentes mudanças de direções de pensamentos atreladas a pessoas e partidos políticos. Isso impede uma maior integração intersetorial, em nível técnico, prevalecendo ações político-partidárias que buscam resultados imediatos, numa corrida contra o tempo, levando a ações executadas em condições precárias e até a perdas de aproveitamento de recursos financeiros disponíveis.

Por exemplo, nos refere E uma experiência pessoal:

*Um dos pontos menos fortes que eu tive oportunidade de acompanhar em um governo anterior, foi um programa de acompanhamento de crianças, que previa interação entre algumas secretarias. Mas isso não se concretizou, mantendo-se apenas o repasse de um recurso financeiro para as famílias, perdendo o vínculo de manter essas famílias, que era uma idéia técnica, acompanhadas pelos sistemas de Saúde, de Educação e de rede social.*

Acreditamos que idéias propiciadoras de ações mais complexas, que incluam duas ou mais Secretarias de Estado, e a efetiva participação dos sujeitos envolvidos nesta ação exija para a sua realização um tempo determinado que talvez até transcenda o período de um único governo. No entanto, o julgamento popular de um governo, segundo a visão política, se dá pelas realizações do período, daí a busca de resultados imediatos e a falta de planejamento de

médio e longo prazo. Assim, as ações passam a ocorrer dentro de uma visão contida pelo conceito de tempo e espaço.

Para Elias (1998, p.79), *“os conceitos de espaço e tempo fazem parte dos instrumentos de orientação primordiais de nossa tradição social. Tempo e espaço são símbolos conceituais de tipos específicos de atividades sociais e institucionais.”*. E prossegue o autor (p.80) *“Eles possibilitam uma orientação com referência às posições, ou ao intervalo entre essas posições, ocupadas pelos acontecimentos, seja qual for sua natureza, tanto em relação uns aos outros, no interior de uma única e mesma seqüência, tomada como escala de medida padronizada”*.

Em relação ao insuficiente aproveitamento de recursos financeiros, D nos revela que *“recursos financeiros que poderiam ser aproveitados em programas de saúde pública, em determinada época foram devolvidos ao governo federal porque terminou o ano de gestão do mesmo e não foi utilizado em todo o seu potencial”*.

O desperdício dos recursos públicos, principalmente em países em desenvolvimento, é uma realidade e constante presença nos noticiários.

Problemas em nível político-partidário interferindo nas ações de saúde pública são relatados por C, quando nos diz: *“a intervenção política partidária atrapalhou a saúde pública. Eu acho que quanto mais a saúde pública estiver fora da política partidária, não sofrendo a interferência da distribuição dos cargos a pessoas, muitas vezes não qualificadas, mais benefícios vai trazer à população”*. E prossegue esse sujeito: *“então, como ponto menos forte das políticas de saúde, eu cito a ideologia nas ações de saúde. Tivemos uma época em que se colocou a política acima do interesse da saúde como um todo”*. E como exemplo cita: *“em governo anterior não se priorizou nada em relação à criança, sendo esta preterida por programas de atendimento ao trabalhador, aos sindicatos. Quanto à criança não se deu o menor interesse, fato que eu acho muito ruim para o estado”*.

Esta, é a mesma opinião de E, ao dizer que *“como ponto menos forte, por exemplo, em governo passado, aconteceram preocupações mais teóricas, discursivas, que não beneficiaram a saúde da criança em nosso estado”*.

O reconhecimento das dificuldades advindas de situações político-partidárias, nos é trazida por G, que exerceu o cargo de chefe da Seção de Saúde da Criança e do Adolescente, ao relembrar: *“a saúde da criança não era uma prioridade política quando eu dirigi a Seção de Saúde da Criança e do Adolescente, a prioridade na época era a saúde do trabalhador. Como não era prioridade política, nós não tínhamos todo o apoio para desenvolver plenamente as ações”*. Esse mesmo sujeito conclui que, mesmo quando a prioridade é voltada para a criança, isso pode ocultar um cunho mais político por trás dessa ação, pois *“mesmo agora em que a prioridade é a criança, o que se quer é diminuir a mortalidade infantil, portanto com foco principal em mortes de menores de um ano”*. Segundo esse sujeito, *“se deixa em segundo plano a criança de um a cinco anos, e quando se chega no escolar e no adolescente, não se percebe políticas para essa faixa etária”*.

Concordamos com esse ponto de vista, pois a criança, na nossa opinião, não pode ser priorizada numa determinada fase de sua vida em detrimento de outra, mas deve ser vista como um único sujeito vivendo diferentes etapas de sua vida, com necessidades de atenção diferente em cada uma dessas etapas, todas interligadas e importantes para a formação do futuro indivíduo adulto. Assim, a negligência da atenção em uma dessas etapas poderá repercutir negativamente na integração desse jovem, futuro adulto, à sociedade.

Em relação às questões ideológicas que aparecem interferindo nas questões de saúde pública, Löwy (1985, p. 13), valendo-se das idéias de Mannheim, afirma que *“ideologia é o conjunto daquelas formas de pensar, estilos de pensamento, pontos de vista, que são vinculados aos interesses, às posições sociais de grupos ou classes”*. Segundo esse autor

(p.27), “*para Gramsci, as ideologias importantes são as que ele chamava de historicamente orgânicas, isto é, ideologias que fazem parte organicamente de uma certa estrutura social*”. E conclui Löwy (p.27), “*ele foi dos que mais insistiram no fato de que qualquer verdade pretensamente eterna e absoluta tem uma origem histórico-prática e uma validade provisória*”.

Para Gramsci (apud SIMIONATTTO, 1995, p.55):

Pode-se dizer que, no seu âmbito, o partido político desempenha sua função muito mais completa e organicamente do que, num âmbito mais vasto, o Estado desempenha a sua: um intelectual que passa a fazer parte do partido político de um determinado grupo social confunde-se com os intelectuais orgânicos do próprio grupo, o que não ocorre através de sua participação no mundo estatal senão de forma medíocre ou mesmo nunca.

Outro exemplo negativo, ocorrido devido à mudança de governo, nos é trazido por H, ao relembrar que no passado, “*com a troca de governo, numa administração equivocada, o novo Secretário da Saúde acabou com a Fundação FESSP*”. Segundo esse sujeito, “*com isso, acabou aquela oportunidade de o servidor se manter trabalhando na Secretaria da Saúde com dedicação exclusiva. A maioria dos programas foram desativados. Com isso decaiu a Saúde Pública no Rio Grande do Sul*”.

Também políticas de outras secretarias, mas com interface à da saúde, foram desativadas, como no exemplo citado por B, ao referir que “*um ponto negativo foi o término das atividades do Programa de Saúde Escolar. Era um serviço que existia há 70 anos, mas era pouco valorizado pelos governos*”.

A questão da não-valorização de prioridades do governo anterior e dos recursos humanos quando das trocas de governo nos é trazida por G, ao dizer:

*Em função das mudanças de governos mudam as chefias, mudam as prioridades, e aqueles funcionários que tinham sido capacitados*



*mudam de posição dentro da secretaria e temos que capacitar todo um novo grupo, e aí, nesse período, há uma perda. Estas pessoas que foram capacitadas poderiam estar dando a sua contribuição, mas foram deslocadas e aqueles programas que desenvolviam são desvalorizados. Eu acho que ao menos deveria se aproveitar essas pessoas nas quais se investiu tanto dinheiro para capacitá-las, para elas continuarem trabalhando naquela área.*

Essa não-valorização técnica, privilegiando o exercício do poder através de cargos de confiança exercidos pelas chefias, leva a uma centralização de decisões com cunho político. É o que nos revela E, ao nos dizer que *“existe uma centralização muito grande quanto à elaboração dos programas. Quem elabora os programas, de uma maneira que eu vejo quase autoritária, é o nível central”*.

Essa mesma reflexão é feita por D ao nos dizer:

*O problema, muitas vezes, está no nível central, que tem de responder uma demanda política. Então, as várias ações de saúde que vão ser implantadas não seguem uma diretriz ou recomendação puramente técnica, mas, muitas vezes, a parte política atravessa no meio e, essas demandas políticas que interferem na parte puramente técnica, é um dos impeditivos de uma ação mais eficaz, talvez seja o principal ponto negativo do serviço público.*

Esse fato dificulta a execução dessas ações nos diferentes níveis como nos informa F, ao referir que *“as políticas são desenhadas no nível central, e então são levadas para as Coordenadorias Regionais de Saúde que devem levá-las aos municípios sem ter participado da elaboração das mesmas”*.

Esse fato nos revela a desigualdade do poder de decisão dentro de um sistema de saúde pública, como em nosso estado, gerando um problema de difícil solução. Valendo-nos de Elias (1994, p.50), que comenta acerca desse problema, podemos afirmar:

Quando o poder social de pessoas ou grupos de uma mesma área social é excepcionalmente desigual, quando grupos socialmente fracos e de posição

subalterna, sem oportunidades significativas de melhorar sua posição, são pareados com outros que detêm o controle monopolista de oportunidades muito maiores de poder social, os membros dos grupos fracos contam com uma margem excepcionalmente reduzidas de decisão individual.

Acrescida a isso, temos a dificuldade de relacionamento entre as equipes pela falta de vivência das chefias, como nos diz F:

*As dificuldades maiores estão relacionadas à relação entre equipes, envolvendo questões de poder em relação às chefias, que têm dificuldade de lidar com a sua equipe e que muitas vezes atropela a experiência de técnicos extremamente bem preparados que a instituição conta e que poderiam opinar da melhor forma possível, mas acabam não tendo espaço para se manifestar.*

E prossegue esse sujeito em sua reflexão:

*Acho que as pessoas em posição de liderança no nível central ou nas coordenadorias têm que ter vivência para poderem discutir com quem está na ponta sobre os programas. É bastante comum uma pessoa sem vivência, sem nunca ter tido a experiência de ter trabalhado na ponta, assumir cargos de coordenação. É muito difícil para essa pessoa conseguir entender todo o processo e mesmo quando ela vai realizar uma capacitação para quem está na ponta, essas pessoas da ponta, eu acredito, até sentem uma certa revolta em função dessa situação.*

Essa mesma opinião é expressado por G ao dizer que “a coordenação do serviço, tanto aqui no nível central, como nas coordenadorias, deveria ser exercido por alguém de dentro, entre os técnicos da própria saúde da criança da Secretaria, alguém com vivência com as questões da criança”.

Pessoalmente concordamos com essas declarações que valorizam o conhecimento do profissional técnico e sua formação como fundamentais para a consecução dos objetivos do serviço público. Acreditamos que seja a partir dessa valorização que reconheceremos os mesmos como detentores do conhecimento aplicável à sua área. O problema é até que ponto

há compatibilidade entre o conhecimento apropriado pelos técnicos e as intenções políticas dos detentores do poder. Exatamente nessa relação de desigualdade de poder, que se manifesta como prioridade, muitas vezes, os interesses de projeção pessoal, visando a uma carreira política posterior, ficam os técnicos com seu conhecimento científico e vivência sufocados por questões de vaidade individuais.

A estrutura básica da idéia do papel social que desempenhamos é fundamental para a execução desse papel e do relacionamento com os outros indivíduos. Conforme Elias (1994, p.81), *“quando essa estrutura é questionada, nossa segurança sofre uma ameaça. O que era certo torna-se incerto. Ficamos como alguém subitamente lançado ao mar, sem nenhuma visão de terra firme”*.

Acreditamos haver, a cada troca de governo, uma crise do papel social desempenhado pelo técnico em saúde pública desencadeada pelas mudanças políticas e os novos interesses que entram em jogo.

Essas visões das ações de saúde pública carregadas com um cunho político, muitas vezes fazem retroceder ações técnicas bem implementadas. A esse respeito, I refere:

*Talvez nós tenhamos somente plantado uma semente destas ações, vimos que elas tiveram um papel importante e que não podem ocorrer em surtos, mas devem ser retomadas. Por exemplo, eu acho que o programa de controle da infecção respiratória aguda não funciona se não tem medicação, ela tem que estar disponível na Unidade de Saúde. Acho que se abandonou um pouco essas políticas nos últimos anos em função de outras políticas de entendimento diferente.*

Também G nos refere retrocesso nessas ações de caráter técnico, citando como exemplo: *“os programas de controle da doença respiratória em nosso estado, que nos últimos anos decaiu muito porque nós deixamos de ocupar aquele espaço de coordenar a*

*distribuição de medicamentos. Eu acho que o acesso das pessoas aos medicamentos é fundamental”.*

Fruto de uma política que valoriza pouco a criança, até mesmo novas ações técnicas de caráter pontual que poderiam favorecer a sobrevivência infantil são deixadas em um segundo plano. Por exemplo, em nosso estado, em consequência da maior mortalidade infantil em menores de 28 dias de vida, em especial nos seis primeiros dias, associados à prematuridade, ações sobre o pré-natal e o parto que beneficiariam a sobrevivência infantil, deixaram de ser adotadas.

Conforme dados da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2001, p.117), a redução dos óbitos em menores de um ano de idade por causas perinatais, que implicam questões do pré-natal e do parto, se comparados os períodos de 1986-1990 e 1996-2000, apresentou um decréscimo pequeno, caindo, respectivamente, de 993,4 óbitos para cada cem mil nascidos vivos para 846,5.

Isso aparece, por exemplo, na fala de G ao referir: *“um ponto negativo que nós temos é a questão do pré-natal, muitas vezes, em algumas localidades, realizado com deficiência. Acho que deveríamos oferecer um maior número de consultas de pré-natal nos Postos de Saúde. Eu considero que ainda somos fracos na assistência ao pré-natal”.*

Também A declara: *“em relação aos pontos fracos das políticas voltadas à criança, eu acho que o atendimento ao parto é algo que ainda está em falta, assim como o atendimento à criança no primeiro mês de vida. Isto ainda não está bem, eu acho que estas ações faltam em nossas políticas públicas de saúde voltadas à criança”.*

Por outro lado, as políticas pontuais, que vêm no combate às doenças ou nas ações específicas a melhor maneira de melhorar as condições de saúde da população, também são

criticadas. É, por exemplo, o que considera B ao referir que *“no posto de saúde o que acontece é a adolescente grávida vai lá e faz aquele trabalho de pré-natal. O que vai acontecer? Ela vai engravidar de novo, os filhos dela vão acabar tendo esse mesmo destino de adolescentes grávidas e não vai ser feito nada para interromper esse ciclo”*. Ou ainda, conforme esse sujeito, *“se a criança vai no Posto de Saúde, o médico vai ver se ela tem diarreia ou outra doença aguda, ele não vai pensar o que está por trás de tudo aquilo”*.

Valendo-nos de Marques (1986, p.1), gostaríamos de expressar:

A idéia das formas sociais de atendimento médico, frente às condições desfavoráveis apresentadas pela natureza ou pela vida em comum, vem-se consolidando pouco a pouco através do tempo, quer seja pela aquisição da consciência dos direitos de todos à participação dos aspectos positivos na sociedade e em a natureza, quer pelo fato de os resultados serem incomparavelmente mais rentáveis, mais exequíveis e mais eficazes quando assim abordados.

Isso nos mostra que, apesar de todo o esforço demonstrado através das políticas de saúde pública em nosso estado, nos últimos anos, realmente trouxe benefícios à criança gaúcha, faltaram ações para o aproveitamento pleno das oportunidades surgidas.

Numa avaliação comparativa, por exemplo, G nos diz: *“na minha ótica eu consigo ver mais coisas que se perdeu no estado em termos de oportunidades do que se ganhou”*

Começando pelas próprias oportunidades aproveitadas, ligadas a visões políticas de um momento determinado ou ao combate de doenças específicas de importância na constituição da morbi-mortalidade infantil, não as aproveitamos de modo pleno.

Por exemplo, uma política adotada no passado para o trabalho junto às creches e que propiciaria uma ação de saúde pública voltada às crianças pré-escolares, bem como a possibilidade de um trabalho integrado à Educação, teve dificuldades de cunho político na sua manutenção. Sobre esse programa G nos informa que *“mais adiante ele foi desativado e hoje*

*a norma que o regula ainda é a de 1981. Foi feita uma tentativa de fazer uma nova norma técnica quando assumiu um outro governo. Eles revisaram a norma, mas não se tem conhecimento até hoje dessa revisão. Eu acho que não foi aprovada”.*

Em relação ao combate das doenças específicas, como as doenças diarréica e respiratória, de importância local para a saúde infantil, nos refere I que “*o Rio Grande do Sul, com os níveis de mortalidade infantil e outros indicadores, poderia ter sido a grande referência nacional em saúde pública voltada à criança, mas não aproveitamos*”. Para esse sujeito, o combate a doenças específicas “*foram experiências muito positivas que tinham um nível de organização, que era um modelo para todo o país, mas que acabou se perdendo*”.

Uma oportunidade que em determinado momento foi valorizada, em outro, com outro contexto político, pode não ser prioridade e até mesmo deixar de aproveitar outras novas oportunidades surgidas.

É o que nos refere B ao nos relatar uma experiência pessoal:

*Um exemplo de oportunidade não aproveitada pelo estado aconteceu comigo. Fui convidada para fazer um curso na área de baixa visão em São Paulo. Fui eu e dois oftalmologistas: um do Estado e outro da Universidade. Fomos capacitados na área de baixa visão. Na volta fizemos várias reuniões com o Estado visando implantar um serviço de atenção à baixa visão em nosso meio, mas nada foi feito, uma oportunidade perdida, um investimento feito por esses profissionais que foi por água abaixo.*

Também a municipalização da saúde foi uma oportunidade de avançarmos em direção a uma maior autonomia dos municípios e, portanto, para o estabelecimento de políticas de saúde que levassem em consideração a realidade local, e não apenas a importação de ações com base em dados epidemiológicos.

O sujeito acima sugere que *“na elaboração de um programa de saúde pública voltado à infância deve haver uma política de descentralização, deixar os municípios serem os gestores de sua políticas de saúde independente do estado”*. Para esse sujeito, *“devemos cada vez mais fortalecer os municípios para eles não ficarem na dependência do estado. Eu acho que a principal política deveria ser de fortalecer os municípios para o estado deixar de ser paternalista”*.

Apesar do início do processo de municipalização em nosso estado, continuou-se a manter um controle central do estado sobre os municípios em relação às políticas públicas de saúde, ao menos na área infantil, mantendo um enfoque de combate a agravos ou doenças.

Uma oportunidade que surgiu, modificando o enfoque de tratar a saúde infantil a partir do combate a uma doença isolada, foi através de uma proposta nova da OPAS, o AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância), que propunha integrar todo o conhecimento até então produzido em uma única ação e valorizar a comunicação com os cuidadores da criança e as práticas saudáveis de saúde em nível local.

Em relação ao desenvolvimento das ações em nível local, conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (1997, p.29-30):

Os problemas não são isolados, mas formam parte de uma complexa trama social [...]. Para falar de integralidade da atenção nos serviços de saúde materno-infantil, deve-se pensar em mais de um componente que atua simultaneamente sobre os problemas de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade inteira [...]. A análise da integração nas ações baseia-se nas relações entre os fatores que originam os problemas de saúde do grupo materno-infantil, desde uma dimensão tríplice: o indivíduo, a família e a comunidade.

Visando à apropriação desse conhecimento um grupo de técnicos do estado participou de cursos para multiplicadores dessa estratégia.

Acreditamos que essa ação, mesmo com todas as críticas que possa ter, representa um avanço quando comparada com a estratégia anterior de relacionar a melhoria da saúde infantil ao combate de uma doença.

Na opinião de I, *“o AIDPI tem um valor importante e precisa ser melhor implementado no Rio Grande do Sul, o que até agora não ocorreu, para que nós possamos ter níveis de mortalidade mais baixos. Não adianta compartimentar a mortalidade infantil”*.

Concordando com essa opinião, E expressa que *“o AIDPI foi pouco aproveitado. É um exemplo de um aspecto de política de saúde que poderia ser mais intensificado, mais difundido”*.

Essa também é a visão de A, ao dizer: *“em relação às oportunidades que deixamos escapar para melhorarmos a saúde infantil no Rio Grande do Sul, eu acho que o AIDPI foi uma delas nesses últimos anos. Isso passou e não foi valorizado. Parece que essa foi a maior oportunidade não aproveitada”*.

Um processo educativo que valorizasse uma visão integradora dos problemas da criança, acreditamos, seria uma forma de motivação para o desenvolvimento das ações no nível local.

Com o advento da municipalização da saúde, torna-se cada vez mais importante o envolvimento do município nas decisões relativas às questões de saúde em nível local. Com isso, o Estado deixa de ter um papel quase absoluto na elaboração de políticas de saúde pública e necessita desempenhar uma função de integração, na qual, no nosso olhar, as Coordenadorias Regionais de Saúde deverão ter uma atribuição essencial.

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (1997, p.21), *“um sistema com atenção de saúde em nível local constitui uma proposta de divisão do trabalho dentro dos*



*sistemas regionais de saúde, com critério geográfico populacional em áreas urbanas ou rurais*". Para essa organização (p.22), *"a atenção de saúde em nível local é parte fundamental do sistema nacional de saúde, ao qual fortalece e confere nova direcionalidade"*.

Em nosso estado, com relação à mudança na forma de organizar as questões relativas à saúde pública, D, a partir de sua experiência pessoal, nos traz a seguinte reflexão:

*Em todo esse tempo que estou trabalhando em saúde pública houve uma mudança importante. No início, quando eu comecei a trabalhar no estado, era a Secretaria Estadual da Saúde quem mais ou menos determinava o que deveria ser feito, colocando em prática suas idéias, porque eram seus quase todos os postos de saúde do interior. A atenção à saúde nos municípios era responsabilidade do estado e o município era meramente um executor da vontade, das determinações, enfim, das políticas da Secretaria da Saúde. Com o tempo, através da municipalização, isso foi mudando e hoje a grande maioria dos municípios determinam as suas ações, gerenciam os recursos e a Secretaria da Saúde passou a ser mais um apoio técnico, de orientação e repasse das políticas federais.*

Em relação ao processo de municipalização, E acha que *"a municipalização da saúde foi um passo importante para a saúde pública porque antes, em relação a um problema de um município qualquer, a solução era tomada aqui no nível central e, às vezes, o processo era lento e as decisões não eram aplicadas a tempo"*. Para esse sujeito, *"hoje, com a municipalização, o município tem como resolver e as soluções podem ser adotadas de imediato"*.

Em nossa opinião, como todo o processo de mudança, a municipalização da saúde em nosso estado ainda passa por um estágio de adaptação e, portanto, ainda gera muitas dúvidas. A esse respeito, D pensa que *"o processo de municipalização é correto, mas ainda deve levar um certo tempo para se estabelecer e funcionar"*. E prossegue esse sujeito, *"o município é*

*quem sofre a ação, é nele que acontecem os fatos, portanto, ele é quem deve determinar, gerenciar, escolher a sua programação”.*

Os problemas da municipalização não se limitam à adaptação a uma nova realidade, mas também à dificuldade de iniciar esse processo como nos lembra B ao refletir que *“infelizmente tem muito município pequeno que nem deveria ser emancipado, que vão demorar muito para andarem com suas próprias pernas”.*

Acreditamos que, seja pelas dificuldades de iniciar o processo de municipalização por parte de alguns municípios ou acelerar esse processo naqueles que manifestaram este desejo, neste momento, é importante uma reflexão de todos os níveis em relação ao seu novo papel a partir das mudanças que estão ocorrendo. Muitas vezes, o apego a uma situação anterior, seja pela possibilidade de exercer o poder, como no caso do Estado, ou evitar a responsabilidade, como no caso do município, pode dificultar o surgimento desse novo papel, obstruindo as mudanças. Entendemos que a aceitação e exercício dos novos papéis do Estado e dos municípios ainda deva passar por um processo de introspecção para que se atinja uma nova visão de significado cultural dos mesmos.

Conforme Bruner (1997, p.67), *“o significado simbólico depende de alguma forma crítica, da capacidade humana de interiorizar tal linguagem”.*

Com isso, pensamos que é importante a definição do papel a ser desempenhado por cada nível, o que ainda não aconteceu.

Como reflete B: *“Quando eu entrei no nível central do Estado eu ficava meio confusa em relação à verdadeira função do Estado. Eu não tinha muito discernimento do papel do Estado depois que ele deixou de prestar assistência nas unidades de saúde. Eu me perguntava qual é o papel do Estado”.*

E prossegue esse sujeito, *“tem muitas coisas em relação ao papel do estado e do município que não estão bem definidas, pois são interligadas. O papel do Estado não está bem definido”*.

Em relação aos papéis, segundo os diferentes níveis, para D *“a Secretaria da Saúde, por ter uma visão mais abrangente do estado como um todo, tem esse papel importante de assessorar os municípios”*. Para esse sujeito, *“por exemplo, quando ocorre um surto de uma doença em um local, a Secretaria da Saúde age através da vigilância epidemiológica para tentar controlar e manter o problema restrito àquele local”*.

Acreditamos que o combate a um surto pode ser uma oportunidade de abordar-se outras questões envolvidas com a população atingida, como aspectos educacionais, não sendo, necessariamente, a ação única naquele momento. Muitas facetas podem estar presentes, como, por exemplo, aspectos psicológicos danosos à população envolvida, que pode se tornar prioridade no atendimento, como o relatado por Almeida (2001, p.143-144), ao nos contar uma experiência pessoal em um controle de um surto de febre aftosa, em um município de nosso estado. Ela nos diz que *“o mais danoso de tudo foi o surgimento do preconceito e da rejeição sobre a população, não só por parte dos municípios vizinhos, mas também pela produção de uma generalizada imagem negativa refletida para o mundo”*. Segundo a autora, *“o município ficava estigmatizado, a população singularizada e cada indivíduo, adulto, jovem, criança ou idoso, vivia a experiência do estigma pela segurança sanitária”*. E conclui a autora, *“cabe ao sistema de saúde acolher histórias de vida e não eventos sanitários, circunstancialmente envolvendo as vidas humanas”*.

Prosseguindo em sua reflexão, D nos diz que *“já o governo federal, através do Ministério da Saúde, deve assegurar algumas políticas de saúde que são compromissos internacionais assumidos pelo nosso país com a OMS e determinar isso em todo o país”*.

Numa reflexão sobre o assunto, B nos diz o seguinte:

*Eu fico pensando que tem muitas coisas que precisa ser o Estado para fazer. Eu acho que o Estado deve aglutinar as políticas. Mas tem muita coisa que deve deixar para os municípios fazerem com suas próprias pernas. O Estado deveria ser enxuto e o município deveria ser independente. Eu acho que deveria haver um momento inicial no qual o Estado organizasse isso. Eu penso que o Estado deve ajudar o município a crescer. Me parece que o Estado não está fazendo muito esse papel que é de deixar o município crescer.*

Para H, “*a problemática dos municípios varia de um local para outro. Programas, assim feitos pelo nível central, às vezes não têm muita utilidade no nível municipal. Hoje devemos ouvir mais os municípios*”.

Valendo-se de sua experiência em nível regional, A nos traz a seguinte reflexão:

*É o município que tem a realidade, mas as pessoas do município não são chamadas. Então fica aquela coisa que se chama de burocrata, pois os programas não têm uma discussão para a aplicação local. Nós da regional recebemos muita coisa, muitos programas, tanto do Estado quanto do Ministério, que vem direto para nós, mas por falta de tempo não confrontamos sua aplicação em relação à realidade dos municípios. Não que não deva ter um programa geral, o que é interessante, mas às vezes eles reclamam e dizem: mas para nós isso aí não é assim, a minha realidade aqui não é essa.*

A esse respeito, acreditamos haver uma dificuldade muito grande do Estado em interagir com os municípios respeitando as decisões locais, ao contrário, procura manter uma posição hegemônica nessa relação, talvez motivada por interesses ligados ao poder político.

Como nos diz F, “*as políticas são desenhadas no nível central, com pessoas responsáveis em diversos setores e então são levadas para as Coordenadorias Regionais de Saúde que devem levá-las aos municípios*”.

Esta leitura é também corroborada por E, ao afirmar: *“quanto à elaboração dos programas existe uma centralização muito grande. Quem elabora os programas, de uma maneira que eu vejo quase autoritária, é o nível central”*. E prossegue este sujeito: *“me parece que existe, acho que dá para dizer, em relação à elaboração de programas de saúde pública, um certo preconceito em relação ao técnico do nível regional”*.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1997, p.22) recomenda que *“a atenção em nível local deve ser vista como uma unidade organizacional básica de uma entidade global plenamente articulada ao sistema nacional de saúde”*. Ainda, para essa organização (p.22), *“a participação da comunidade, mediante o estabelecimento de uma relação de responsabilidades recíprocas, é de fundamental importância para o desenvolvimento do nível local”*.

Por outro lado, dificuldades para integração entre os níveis estadual e municipal advindas de causas políticas nos são relatadas por F, ao referir: *“em relação à execução, ainda ocorre uma resistência à aceitação de programas em nível municipal por questões ligadas diretamente a ideologias políticas. Acredito que dificilmente vai se conseguir sucesso quando não existe uma afinidade política, partidária, melhor dizendo”*.

Com isso, concordamos ser insuficiente a integração entre os diversos níveis da saúde, em nosso estado. De um lado, ainda existe uma indefinição do papel do Estado, como um todo, talvez relacionado, em suas mais diversas manifestações, ao medo de perda de poder ou de executar uma nova atribuição, ou mesmo ao seu gigantismo, ou ainda devido a fatores econômicos.

Sobre as relações entre os diferentes níveis, para F, *“ainda não conseguimos um meio termo entre o Estado e o Município”*.

Segundo D, *“a grande dificuldade é de uma maior agilidade de comunicação entre esses três níveis”*.

Também A concorda com esta afirmação ao nos dizer: *“acho muito pouco a comunicação entre os níveis central, regional e municipal. O município às vezes nos diz: vocês não vão fazer nada para a criança. Nós esperamos do Estado e o Estado ou ele faz ou espera do ministério”*. E conclui esse sujeito: *“me parece que o produto final de tudo isso que seria o município, que está na linha de frente, que mais deveria ser ouvido, que deveria estar junto para planejar várias outras coisas, acaba ficando isolado”*.

Acreditamos que esse fato decorre, ao menos em parte, de nossa falta de tradição, na área da saúde pública, para produzir conhecimento a partir da realidade. Temos uma tendência de trabalhar com coisas prontas, repassadas da OPAS ou do Ministério da Saúde, o que reflete uma situação de dependência, própria dos países não-desenvolvidos.

Segundo Bruner (1997, p. 66):

Os modos pelos quais o ser humano obtém (ou realiza) o poder da narrativa, a habilidade de não apenas marcar o que é culturalmente canônico, mas de explicar desvios que podem ser incorporados à narrativa. A obtenção desta habilidade não é simplesmente uma conquista mental, mas uma conquista da prática social.

Na opinião de G: *“a Secretaria da Saúde deveria ter uma ação mais próxima dos municípios, que eu não sei como seria”*.

Também E concorda com esta aproximação do Estado com os municípios, ao referir que *“os técnicos municipais deveriam ser mais escutados já que são eles que realmente trazem as informações da base, do que realmente ocorre, de acordo com as características de cada micro-região”*.

A respeito da comunicação entre os níveis, I acha que *“é muito difícil nesta estrutura criar um canal real de comunicação para que o pessoal que está lá no município, lá na ponta, possa ser ouvido como alguém que tem uma vivência para poder construir os programas de saúde”*.

A falta de maior entrosamento entre os diversos níveis de atuação nos é confirmada por G, que, baseada na sua experiência pessoal como Coordenadora do Programa da Criança da Secretaria da Saúde, nos refere: *“nós tínhamos pouco acompanhamento do nível central em relação aos níveis regionais e municipais. Nós íamos pouco para o interior e havia muito pouco entrosamento entre esses níveis”*. E nos diz esse sujeito: *“na época que eu chefei o serviço, eu tinha pouco contato com o pessoal das regionais. Nós apagávamos muito incêndio na época”*.

Essa constatação nos é endossada pela experiência em nível de Coordenadoria por A ao nos relatar: *“nós vamos pouco nos municípios. Quando vamos é para resolver um problema, mas nunca com o pensamento que para mim deveria ser assim: ir ao município, conhecer a sua realidade e ajudar os seus técnicos a fazer seus próprios programas”*.

Também notamos essa falta de comunicação do nível mais elevado, o Ministério da Saúde, em relação à Secretaria Estadual, como nos revela G:

*Muitas vezes a ação direta do Ministério da Saúde com os municípios dificulta a integração da Secretaria da Saúde com o nível municipal. As coisas vão acontecendo sem que a gente fique sabendo, como por exemplo no caso dos programas de saúde visual da criança em idade escolar, bolsa-alimentação e saúde auditiva. Foram experiências em que o contato foi direto do Ministério da Saúde com o município e isso dificulta bastante o trabalho da Secretaria da Saúde.*

Acreditamos que, em nível estadual, o papel de aproximação da Secretaria da Saúde com os municípios deva ser feito pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, por terem condições de fazer uma avaliação mais próxima da realidade dos mesmos.

Esta nossa opinião é corroborada por um E quando expressa que *“as regionais deveriam trazer para si uma discussão com os municípios, com os técnicos dos municípios, para ter um retrato mais fiel do que está acontecendo”*.

No entanto, parece-nos que as mesmas ainda não estão preparadas para tal, seja pela falta de estrutura de um modo geral ou pela ausência de uma política que as valorize neste processo.

Valendo-se de sua experiência de ter atuado no nível regional, I nos revela:

*Essa integração entre o nível regional e municipal é muito difícil de ocorrer porque no modelo atual as Coordenadorias não conseguem ter um poder de resolução. A Coordenadoria não tem dinheiro, não tem estrutura para implementar ações sem o nível central. No entanto, há uma pressão muito grande dos municípios e do nível central sobre as coordenadorias, querendo implementar coisas via Coordenadoria.*

E continua esse sujeito nos relatando parte das dificuldades das Coordenadorias quando nos diz que *“às vezes as Coordenadorias não têm nem estrutura de pessoal para levar todos os programas, então acaba, no inverno, priorizando a infecção respiratória e todos se envolvem com esse programa, ficando outras ações pendentes, bem como as demandas dos municípios”*.

A escassez de recursos pessoais nas Coordenadorias nos é confirmada por F, ao nos dizer que *“nas Coordenadorias Regionais de Saúde, muitas vezes é a mesma pessoa que tem a função de desenvolver os diversos programas. Essa pessoa, que também tem de se deslocar*



*freqüentemente para a capital, acaba tendo muita dificuldade de trabalhar com os municípios”.*

As reflexões acima nos mostram um quadro de necessidade de aproximação das Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios, promovida pelo Estado, através da SES. No entanto, ficam claras as deficiências para elas desempenharem tal papel, a começar pela insuficiência de recursos humanos, fundamental para tal.

Isso nos leva a um plano de questionamento, como o de G ao interrogar, *“como fazer para melhorar essa relação entre os níveis?”* Este mesmo sujeito pensa que *“é mais cômodo que os técnicos das Coordenadorias se desloquem até o nível central, nós mesmos do nível central íamos pouco até as regionais. Talvez devêssemos, todos, nos deslocar mais aos municípios para conhecer a realidade”.*

Também C, acerca dos problemas de integração entre os três níveis, acha que *“se não houver essa comunicação entre essas três instâncias não vai ter sucesso nenhum programa. Eu acho que deve haver uma comunicação mais ágil e constante entre esses três níveis”.*

Sobre o referido pelo sujeito acima, cabe um questionamento, ou seja, de que modo se processaria esta comunicação mais ágil, ou ainda, como as ações de saúde podem estar ligadas a isso?

Devemos considerar que as ações do Estado na área de saúde podem estar voltadas para resolver problemas que exigem soluções imediatas, ou ter um planejamento que vise iniciar a reversão de uma determinada situação que pode até transpor um período eletivo, no nosso caso, de quatro anos.

Portanto, de acordo com o tempo decorrido até atingir o resultado esperado, podemos ter políticas de curto, médio ou longo prazo. Consideramos como de curto prazo políticas que

possam trazer resultados em até quatro anos, ou seja, dentro de um mesmo mandato eletivo. Como de médio prazo, consideramos aquelas políticas planejadas para alcançarem resultados em até oito anos e de longo prazo quando os objetivos serão atingidos após oito anos, talvez com efeitos sobre uma nova geração de pessoas.

Muitas vezes, uma ação de longo prazo, por seu efeito final não poder ser observado prontamente, acaba sendo colocada em segundo plano, não tendo a devida atenção e valorização. Ao contrário, uma ação de resultado próximo, muitas vezes de cunho paternalista, é quase sempre muito bem valorizada pelos benefícios políticos imediatos que pode trazer.

Sobre essas políticas de resultado imediato, E nos diz: *“de curto prazo eu vejo sempre essas políticas de alimentação e nutrição. Elas são políticas que eu considero paternalistas, apesar de concretamente ajudar”*. E prossegue esse sujeito, *“não se está ensinando a população, segundo o dito popular, a pescar, está dando-se o peixe. Mas se sabe que são pessoas que estão precisando do peixe naquele momento, pela situação socio-econômica realmente preocupante”*.

Também G opina que *“mais importante do que dar aporte financeiro ou outro bem para os mais necessitados é ter políticas de emprego, de educação, que trariam mais dignidade para as pessoas, do que só algo dado”*.

Consideramos que as políticas de resultados imediatos têm sua importância no contexto da sociedade por trazer solução para um problema que exige uma ação urgente. No entanto não vemos, muitas vezes, ações paralelas que ataquem a causa do problema, como as citadas pelo sujeito acima, referentes às questões de políticas educacional e de emprego, nas quais o setor saúde, via de regra, não mantém interface.

Na escolha de políticas voltadas à saúde de um modo geral, e também na área da criança, a questão da disponibilidade de recursos financeiros acaba sendo outro fator determinante na escolha das prioridades, como é referido por F ao nos dizer: *“acho que o Estado incorpora e valoriza os programas que disponibilizam recursos financeiros como o da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) ou o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN). O que o Estado endossa na realidade é a questão do recurso financeiro, que junto com a equipe técnica é o que move a saúde pública”*.

Por outro lado, as políticas que buscam resultados imediatos, de curto prazo, também devem estar em consonância com uma realidade em termos de prioridade. Assim, nesse momento, em nosso estado, como diz H, *“a proposta atual para a criança, de acordo com nossa realidade, está bem amparada na parte da regionalização da assistência pré-natal e do parto, visando proporcionar gestações com recém-nascidos tendo peso mais adequado e com menos problemas no momento do nascimento”*.

Sobre o momento atual, F salienta que *“a preocupação atual sobre o pré-natal e as condições de nascimento da criança no Rio Grande do Sul é um dos indícios do que se quer para a política de saúde pública voltada à criança”*.

Do mesmo modo E refere: *“o que eu estou vendo agora, parece que existe um interesse concreto, é a busca de recursos e investimentos para combater a mortalidade infantil, procurando ampliar e qualificar o pré-natal e aumentar a capacidade de atendimento das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal”*.

Concordamos com a leitura feita para o momento atual, em termos da escolha de prioridades que constituirão o embasamento para o planejamento das ações para os próximos anos. No entanto, pela complexidade do contexto em que estão contidos os problemas atuais, como o grande número de gestações em adolescentes e em mulheres analfabetas ou com baixa

escolaridade, cobertura de pré-natal inadequada e nascimento de elevado número de recém-nascidos prematuros, principalmente nos grupos antes referidos, a solução efetiva dos mesmos está acima de um simples aumento de cobertura de pré-natal, regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e assistência ao parto. A abordagem de aspectos educacionais, nessas situações, acreditamos, seja a política de maior impacto e, portanto, prioritária.

Em relação à diminuição da mortalidade infantil, comenta B: *“dentro do nosso trabalho nós temos uma proposta de redução da mortalidade infantil de dois para um dígito, que seria de curto prazo, porque tem de ocorrer ao longo dos quatro anos deste governo”*.

Sobre esse assunto, G refere que *“a prioridade política é que determina a ação de saúde pública em evidência. Nesse momento, foca-se a criança de zero a um ano, com uma política bem pontual que tem por meta reduzir o coeficiente de mortalidade infantil de 15, valor de dois dígitos atual, para menos de 10, ou seja, um dígito”*.

E prossegue esse sujeito: *“eu acho que é importante que isso seja trabalhado, mas o é pouco. Nós deveríamos pensar em políticas de saúde voltadas à criança com a mesma ênfase em todas as faixas etárias”*.

Em relação à prioridade política, D nos diz que *“assim como pode interferir negativamente, também pode beneficiar, como por exemplo agora, em que a prioridade é a diminuição da mortalidade infantil”*.

E prossegue esse sujeito, *“mesmo que não traga um resultado imediato, a curto prazo, de diminuição da mortalidade infantil, certamente essa mobilização a médio e longo prazo vai trazer benefícios”*.

Concordamos com a premissa de que toda a ação de prioridade voltada à infância na área da saúde pública trará algum resultado, mesmo que não seja o esperado, de curto prazo, pelo governante.

Por experiência pessoal prévia, vemos que a mobilização a favor da criança em saúde pública é diretamente proporcional à intenção do governo em priorizá-la. Nos períodos em que a criança não foi prioridade em termos de saúde pública, observamos uma dificuldade muito grande de mobilizar a estrutura estatal na manutenção e criação de novas ações nessa área. No entanto, notamos que, quando o governo toma a iniciativa de hegemonizar essa área, a mobilização daí decorrente tende a transcender o próprio período de governo.

Em relação a políticas de prazo mais longo, muitas vezes destacam-se as ações contra a desidratação, as doenças respiratórias ou as vacinas que perduram ao longo dos anos, todas elas de forte cunho educativo e repercussões positivas.

Como nos diz I, *“as políticas se modificam, mas sempre continuamos a combater a desidratação, a pneumonia. Essas ações transcendem os períodos de quatro anos”*.

Ou como nos afirma E, *“de médio prazo são importante as ações, por exemplo, de alcance de alimentos, que também funciona a curto prazo. É de curto prazo, mas se estende por médio prazo”*.

Pensamos que essas ações se estendem ao longo do tempo, no entanto achamos que o que perdura através dos anos é a ação de resultado de curto prazo, por não mudarem as condições que as causam. Assim, a suspensão dessas ações leva ao risco de um recrudescimento dessas doenças. As condições associadas a essas doenças não fazem parte de uma ação direta da Secretaria da Saúde ou que tenham a participação da mesma.

Como nos diz I, *“todas as políticas que ficaram só em apagar incêndio não deram certo, as doenças voltaram”*.

Porém, reconhecemos que a repetição dessas ações ao longo do tempo serve para mudar a postura de profissionais e cuidadores de crianças em relação às mesmas, ao incorporarem à sua cultura novos conceitos e atitudes.

Na opinião de E: *“de curto, e de certo modo, também de médio prazo, eu destacaria a política de vacinação, de combate à doença diarréica, à desidratação, que são ações que perduram, pois entram no imaginário das pessoas, no concreto das ações”*.

Todas essas ações, para seu sucesso a longo prazo, dependem do desenvolvimento de um processo educativo associado, através do qual se propiciará, em cada caso específico, um novo significado para o entendimento do processo saúde-doença.

No entanto, devemos ter a clareza que o desencadeamento destas ações, mesmo com um efeito educativo ao longo dos anos, visou ao resultado a curto prazo. Nos últimos anos não se priorizaram, dentro da Secretaria da Saúde, políticas voltadas à infância com visão transcendente ao período do governo eleito.

Como nos diz A: *“eu acho que não têm sido priorizadas políticas de médio e longo prazo. Muda o governo e coisas boas que estariam acontecendo às vezes não permanecem e outras são criadas novas ou muitas vezes só mudam o nome”*.

Também B opina: *“políticas de saúde voltadas à criança de longo prazo eu não sei citar, porque geralmente o pessoal quer que os resultados apareçam nos quatro anos de governo, que fiquem evidentes as políticas propostas para esse período”*.

Porém, em relação a ações de longo prazo, E lembra: *“tem coisas inerciais que funcionam a longo prazo. Eu me refiro às ações de saneamento, de obras públicas que acontecem sempre, em alguns períodos mais lentos, em outros com mais dinamismo e que trazem benefícios inegáveis em termos de saúde e redução da mortalidade infantil”*.

Sobre isso, outro sujeito nos relata A que *“a melhora dos índices de mortalidade infantil também depende de ações de saneamento e habitação, que dependem de prioridade e verbas destinadas para essas obras”*.

Também G nos refere que *“a saúde infantil esta ligada a questões econômicas e sociais que influenciam a longo prazo, toda a questão da saúde”*.

Concordamos com esses sujeitos, em relação à necessidade de uma visão de contexto dos problemas de saúde. No entanto, entendemos estar ainda muito longe de colocarmos em prática uma política integradora.

Conforme nos diz Kunrath, Kantorski e Borges (2002, p. 57):

Vimos observando que, na organização gerencial das políticas de saúde, institui-se uma compartimentalização das ações e programas, estruturados e conduzidos de forma isolada e fracionada, inexistindo o cotejamento e a interface das diversas ações políticas e das diferentes realidades a enfrentar.

Aqui, queremos ressaltar a importância das Ações de Educação para a Saúde e de Educação Social como meio de promoção de saúde e desenvolvimento humano numa visão integradora do ser humano inserido em seu meio social.

#### COMENTÁRIOS SOBRE OS DADOS ENCONTRADOS NESSA CATEGORIA

Essa categoria nos permite, através dos depoimentos, uma reflexão sobre a prática estatal em relação às ações de saúde.

Em nossa opinião, o Estado pouco avançou em termos de favorecer uma política a partir da compreensão da realidade local pelos municípios, o que poderia gerar uma produção de conhecimento próprio nesta área. Por outro lado, em relação às ações isoladas de combate a doenças, apesar de o Estado ter tido a oportunidade de avançar integrando os diversos conhecimentos em uma única ação, através da implantação de uma atenção integrada às doenças prevalentes da infância, pouco fez, sendo estas talvez as grandes oportunidades pouco aproveitadas nos últimos anos.

Acreditamos que um dos grandes desafios em nosso estado, nos próximos anos, seja aproximar as diversas instâncias dos sistemas que atuam em prol da criança em diferentes níveis. Sem dúvida, o trabalho integrado e cooperativo será de grande valia, pois propiciará um conhecimento melhor de nossa realidade e a adoção de políticas públicas de saúde voltadas à criança com forte componente de Educação para a Saúde, com a obtenção de melhores resultados.

Para a concretização dessa nova visão, acreditamos ser fundamental haver ações educativas, nas quais os técnicos dos diferentes níveis de atuação, bem como a população envolvida nessas questões possam aprofundar a discussão do desempenho de seu novo papel e do significado da saúde em suas vidas e levar a alterações de comportamentos e atitudes.

Essa educação, acreditamos, não deva ser algo neutro, mas intencional, indo ao encontro do pensamento de Mosquera (1991, p.26) que nos diz: *“a sua meta principal é a reconstrução da realidade e não simplesmente a modificação do indivíduo, é construir um novo mundo”*.

A partir daí, as ações emanariam do conhecimento da realidade, com a participação da população e dos técnicos da área da saúde, ganhando maior legitimidade, ou seja, seria uma



ação, em nível local, da sociedade com o apoio estatal, o que dificultaria a sua interrupção quando das trocas de governos.

Com isso, poderíamos ter ações voltadas a todo o conjunto da população, e não com ênfase apenas a um ponto de interesse de determinado governo, de forma que dificultasse interrupções, como ocorreu, por exemplo, no caso das ações de saúde voltadas ao escolar. O término dessa política em nosso estado, como programa próprio ligado à Secretaria da Educação, e sua transferência simples para a Secretaria da Saúde transformou-se em um equívoco, pois a Secretaria da Saúde foi incapaz de manter esse programa e hoje não há no estado uma ação forte de saúde voltada para o escolar. Acreditamos que a criança em idade escolar apresenta diversas peculiaridades, ligadas a sua faixa etária, que favorecem várias políticas de promoção de saúde, que seriam contempladas a partir da discussão em nível local.

Por outro lado, favoreceria a valorização do técnico a partir de uma progressão profissional através de um programa de Educação Continuada, que propiciaria, a partir da qualificação, a escolha, para postos-chave, de profissionais de carreira com vivência, visão dos problemas associados a nossa realidade e condições de planejar ações de longo prazo sem interrupção de tempo e espaço.

No nosso entender, as próprias políticas de curto prazo devem estar atreladas a um entendimento complexo do contexto em que ocorrem e, portanto, combinadas com ações que atendam não somente o problema exposto, mas também combatam as causas deste problema, numa visão integradora, na qual também a Educação em todos os seus níveis de atuação deve desempenhar papel fundamental.

Conforme Mosquera (1990, p.127), *“uma Educação digna deste nome terá de ser fatalmente praxicoteórica, em constante interação com a cultura”*.

Acreditamos que em nosso meio, em relação a práticas em Educação, em amplo sentido, pela grande marginalização das pessoas em relação à progressão no estudo formal, deva ter um forte componente de animação sócio-cultural, em que se relacionam, segundo Feroso (1994, p.369), “*a educação de adultos, a educação permanente, a educação não-formal, a educação popular, a educação para o ócio e para o tempo livre, a ação cívica, a difusão cultural, a gestão cultural, a promoção social e o desenvolvimento comunitário*”.

Conforme Martínez, Carreras e Haro (2000, 54), “*se admite que cada problema de saúde é o resultado da interação de fatores ambientais com genéticos, sendo a maioria das situações que afetam a saúde, em maior ou menor grau, de caráter ambiental*”.

Assim, por exemplo, problemas de desidratação ou prematuridade não podem ser somente combatidos, respectivamente, com leitos hospitalares e sais de reidratação oral ou pré-natal e a criação de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, mas integrados à busca de mudança dos fatores determinantes do contexto em que ocorrem, com ênfase nos aspectos educacionais, o que talvez seja a política mais promotora de saúde nesses casos.

#### **2.9.6 A Visão dos Técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do RS: Repensando as Políticas Públicas em Saúde e em Educação para a Infância no Rio Grande do Sul como Estratégia Fundamental para o Sucesso das Ações de Saúde Pública**

Quando nos referimos a um bom programa de saúde pública para a infância, a partir de opiniões pessoais, estamos colocando uma visão a partir da vivência pessoal de profissionais ligados a esta área.

Para Berger e Luckmann (1987, p.35), “*a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente*”.

Nessa visão encontramos aspectos gerais relacionados a uma política voltada à infância, como, por exemplo, na fala I ao dizer: *“acho que a primeira coisa é conhecer a realidade. Saber do que morrem, do que vivem e como vivem as nossas crianças. Isso é um primeiro passo”*. Esta também é a opinião de D ao referir: *“para a elaboração de um bom programa de saúde pública voltado à infância, eu acho que em primeiro lugar temos que conhecer a realidade, saber o que acontece no país, no estado, no município, no bairro, enfim, a tua realidade”*.

Uma associação entre a importância do conhecimento da realidade pelo nível local associado a um melhor resultado esperado, nos é feita por G, ao referir: *“eu acho que o controle deve estar perto do usuário, porque quem conhece a realidade é o município”*.

A respeito do conhecimento da realidade, esse assunto é enfocado de modo mais específico por vários sujeitos desta pesquisa.

Um exemplo é a fala de F quando diz que *“primeiro tu tens que ter o diagnóstico atual da tua realidade em termos de rede de serviços de atendimentos”*.

Já D nos diz que *“de posse do conhecimento da realidade podemos saber quais são as nossas necessidades e nos assessorar de técnicos que nos auxiliem a traçar estratégias e formar uma equipe para atuar nesta área”*.

Valendo-se de sua experiência pessoal na Secretaria da Saúde, I nos traz a seguinte colocação:

*Conhecer a realidade dos municípios pequenos é completamente diferente da realidade das cidades grandes. Nós íamos para o litoral, parte da serra e uma parte da grande Porto Alegre. Pelo menos uma vez por semana se ia a um grupo de municípios e fazia uma supervisão integrada. Através dessas visitas eu pude conviver com outros técnicos, conhecer a realidade daqueles municípios. Foi um trabalho muito interessante, uma experiência rica.*

Procurando sintetizar de modo amplo um bom programa de saúde para a área infantil, G faz referência à 8ª Conferência de Saúde, salientando:

*Aquele conceito é bem amplo, então eu acho que devem estar contemplados todos aqueles itens: acesso ao serviço de saúde, saneamento, alimentação, educação, programas que invistam na saúde da mulher gestante com um pré-natal de início o mais precoce possível e com qualidade e também investir em Educação para a Saúde nas escolas, orientando, por exemplo, para a paternidade e maternidade consciente. Precisava ter mais investimento nesta área.*

Valendo-se de nossa realidade estadual, os sujeitos desta pesquisa destacaram a importância do pré-natal para o sucesso de um bom programa voltado à infância.

Um questionamento nos é trazido por F, quando pergunta: *“por exemplo, se fala na questão do pré-natal, do parto, das questões ligadas ao nascimento, alojamento conjunto e todas as questões ligadas ao recém-nascido, mas como estão essas ações em nosso meio, como e com que qualidade são oferecidas?”*

Esse questionamento, em nossa opinião, é muito bem colocado ao constatarmos a concentração dos problemas de morbi-mortalidade infantil no primeiro mês de vida e ligados a deficiências do pré-natal, do parto, da assistência ao recém-nascido no momento do parto e da falta de uma regulação para os casos mais críticos.

Assim, A refere: *“na elaboração de um programa de saúde pública voltado à infância, se eu tivesse de mexer em coisas, eu ia pensar primeiro no pré-natal. A primeira coisa seria oferecer as consultas, os exames, orientação, profissionais que soubessem identificar uma gestante de risco”*. E prossegue esse sujeito: *“depois eu ia me preocupar com o momento do parto mesmo, pois eu acredito que falta maior capacitação técnica para atender o parto em nossos municípios”*.

Em grande parte a falta ou a execução inadequada do pré-natal está ligada à questão da gravidez na adolescência.

Conforme dados da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (2001, p. 176), entre as 35.630 mulheres gestantes de nosso estado na faixa de 10 a 19 anos, 58,18%, em 2000, não completaram 7 consultas de pré-natal, consideradas como ideal.

Aqui, outros fatores, mais importantes do que a simples falta de oferta do pré-natal, estão envolvidos e relacionados especificamente à adolescência.

Sobre o problema da gravidez na adolescência, G nos traz a seguinte reflexão:

*Acho positivo o combate ao trabalho infantil que tira as meninas pobres do emprego doméstico, investindo mais em ter essas crianças na escola através de políticas sociais não diretamente ligadas à Secretaria da Saúde, mas que são fundamentais para melhorar a qualidade de vida infantil e refletir positivamente no setor saúde.*

Concordamos com esse pensamento, pois a valorização social dessas adolescentes, associada a ações educacionais trariam grande impacto sobre o problema da gravidez na adolescência.

Para Papalia e Olds (2000, p. 315), nos Estados Unidos, “*mais do que oito a cada 10 mães adolescentes provêm de famílias de baixa renda e com baixo nível de instrução*”.

Segundo informação da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (2001, p.176), em 2000, das gestantes de nosso estado com idade entre 15 e 19 anos, 63,62% tinham menos de 7 anos de estudo.

Conforme as autoras acima (p. 351), “*nos Estados Unidos, cerca de uma a cada dez meninas de 15 a 19 anos fica grávida todos os anos e quatro de cada cinco dessas gestações não são planejadas*”.

Prosseguindo em sua reflexão sobre o assunto da gravidez na adolescência, G entende que, “*se tivéssemos um melhor pré-natal, se investíssemos em Educação para a Saúde em relação à saúde do adolescente, em que a paternidade e a maternidade fosse uma opção e não algo não planejado, mesmo na adolescência, nós teríamos um melhor resultado*”.

Devemos nos preocupar, porém, além de situações ligadas ao pré-natal e ao parto, passada essa fase, com a possibilidade de oferecermos acompanhamento ao recém-nascido no sistema primário de saúde.

Este é o pensamento de A ao referir: “*outro aspecto que julgo importante na elaboração de uma política voltada à infância é o primeiro mês de vida. Para essa política dar certo, a mãe deveria ter acesso garantido no sistema de saúde, principalmente para a consulta de revisão do recém-nascido entre 7 e 10 dias de vida*”. E prossegue esse sujeito: “*que ela não precisasse enfrentar filas, que já saísse do hospital com a consulta marcada. A questão do acesso é muito importante. Acho que uma pessoa ter de passar uma madrugada inteira para conseguir uma ficha é muito complicado*”.

E conclui esse sujeito: “*se a pessoa não vem ao Posto de Saúde teríamos de ir na sua casa. A visita poderia ser feita por um agente de saúde ou outro visitador que pudesse identificar se a criança é de risco ou não e que também se preocupasse com a mulher, com o planejamento familiar*”.

A respeito das dificuldades ligadas à adesão das mães ao sistema de saúde, esse mesmo sujeito nos traz a seguinte reflexão:

*A motivação para a mãe aderir ao sistema de saúde, eu acredito que ocorreria apresentando a ela coisas como um serviço de qualidade, algo que fosse satisfazer a pessoa quando ela procura o Posto de Saúde. Não adianta oferecermos consultas que nada resolvem. A pessoa chega no Posto de Saúde é atendida rapidamente e nada resolve. Acho que deveríamos ter uma equipe interdisciplinar, tirando a centralização do atendimento no médico. O médico faria aquilo que compete ao médico, mas teria a enfermeira, o assistente social, o psicólogo e outros profissionais, mas que realmente ela pudesse tirar as dúvidas quando vai ao Posto de Saúde, sobre várias coisas, para que fosse atendida realmente. Eu acho que seria um ponto de motivação.*

Isso nos leva a refletir sobre o nosso sistema de saúde. Se hoje encontramos dificuldade de acesso e falta de qualidade de atendimento no sistema primário, o problema aumenta na medida em que necessitamos do apoio de sistemas mais complexos. A integração destes níveis nos parece ainda muito longe do ideal.

Refletindo sobre esse assunto, I nos diz: “o mais importante é que pudéssemos garantir o acesso ao sistema secundário de saúde quando precisássemos, havendo a certeza de que seria fácil e rápido e que essa criança após o atendimento retornasse ao sistema primário”. E conclui esse sujeito: “acho que a comunicação entre esses níveis deveria se dar de maneira eficiente de modo que tivesse um impacto real sobre a qualidade de vida das pessoas”.

Também A nos diz, em relação às necessidades da criança, “se ela precisasse de atendimento mais especializado, que houvesse oportunidade dessa referência, como por exemplo, se um recém-nascido necessitasse de uma UTI neonatal pudesse ser transferida”.

Todos os pontos aqui referidos, na nossa opinião, são praticáveis e sua execução ligados a questões de organização do sistema de saúde e de educação, não sendo realizados por motivos que fogem à área técnica. Muitas vezes, são preteridos por políticas de curto prazo com resultados inatingíveis de antemão.

Refletindo sobre a viabilidade de um projeto, C nos diz: “ *pensando em um bom programa, eu acho que não adianta ter um programa mirabolante e ser não exeqüível a sua execução*”.

Na opinião de I, para a viabilidade de um bom programa, “*devemos ter verbas destinadas e garantidas ao mesmo e profissionais em número suficiente e capacitados para trabalhar na sua execução*”.

Concordamos com esse último sujeito, pois, muitas vezes, a área da saúde, assim como a da educação, são as mais penalizadas quando há necessidade de cortes de verbas para ajustar as contas do governo, sendo, muitas vezes, destinadas a essas áreas, verbas inferiores ao mínimo constitucional previsto. Conforme dados do UNICEF (2003, p.98), saúde e educação, no período compreendido entre 1992 e 2001, consumiram apenas 6%, respectivamente, do total de gastos do governo brasileiro. Isso denota, em nossa opinião, considerando o estágio atual de nosso país, uma falta de valorização de áreas fundamentais para o desenvolvimento da pessoa humana, não só na fase infantil, mas em todas as idades. Com recursos escassos, torna-se mais importante ainda termos programas com ações adequadas o mais próximo possível às necessidades das pessoas, sejam essas ações de curto, médio ou longo prazo.

Destacamos, na própria opinião de nossos entrevistados, o que seria ideal em termos de ações voltadas à saúde infantil, de curto, médio e longo prazo.

A experiência acumulada no trabalho ao longo dos anos é uma rica fonte de conhecimentos e motivadora para reflexões. No caso do grupo de técnicos, sujeitos desta pesquisa, a sua elevada qualificação profissional aliada ao seu intenso envolvimento e comprometimento com as coisas da saúde infantil de nosso estado, com autonomia de



pensamento, o credencia como um dos legítimos interlocutores da situação de saúde da criança em nosso estado e, portanto, como importante fonte de conhecimento e avaliação.

Segundo Papalia e Olds (2000, p. 458):

Numa sociedade na qual o trabalho desempenha um papel central na vida das pessoas, o domínio de tarefas complexas pode dar aos trabalhadores confiança em sua capacidade de manejar os problemas. Ele pode também abrir suas mentes para novas experiências e estimulá-las a tornarem-se mais autônomas.

Muitas vezes, planejam-se ações de Saúde Pública a partir de modelos pre-estabelecidos. Assim, temos proposições de programas de saúde da Organização Mundial da Saúde para diversos países, destes, através de seus ministérios da saúde, para os seus distritos ou estados e dos estados para o nível regional ou municipal.

Acreditamos que esses programas, pela sua experimentação anterior, são valiosos instrumentos colocados à disposição dos sistemas de saúde. No entanto, os mesmos devem ir ao encontro da leitura de cada realidade em que vão ser implantados.

Sobre a importância da leitura da realidade local para a feitura inicial de um bom programa de Saúde Pública, C nos diz que *“a curto prazo teríamos que fazer um diagnóstico da situação atual que possibilitasse a tomada de medidas visando corrigir problemas agudos”*.

Exemplificando, A nos faz a seguinte colocação:

*Uma política de curto prazo seria para resolver alguns problemas que ocorrem em cada região, nos municípios, aquilo que, por exemplo, um município nos diz: o meu problema aqui é esse. Pode ser a falta de médico, a falta de um Posto de Saúde, a falta de uma referência para determinados casos mais complexos. Isto seria a curto prazo, ver primeiro qual é o problema daquele local.*

Independentemente dessa leitura de realidade para o estabelecimento de ações imediatas, em nosso entender, há também a necessidade de o Estado ter uma estrutura ágil para resolver problemas agudos de doenças que podem colocar em risco a saúde da coletividade como um todo.

A esse respeito, temos, por exemplo, I nos dizendo que *“situações de epidemias têm que ter uma ação que é de curto prazo”* e de D afirmando que *“a vigilância epidemiológica deve estar sempre bem atuante, para detectar coisas que possam estar acontecendo e que exijam ações de curto prazo”*.

E prossegue esse último sujeito, relatando que *“a curto prazo, então temos o trabalho para combater epidemias, como o surto de infecção respiratória que houve na área indígena de nosso estado, onde se vacinou os índios e se tentou manter o surto restrito àquela área”*.

A atenção voltada às questões pontuais, visando atender necessidades urgentes relacionados à saúde infantil de nosso estado é também é destacada.

Por exemplo, E reflete sobre a importância de *“ações que prevêm capacitações para o atendimento ao recém-nascido, que é a faixa mais importante em termos de mortalidade infantil no nosso estado, previsão de recursos tecnológicos para as UTI neonatais, bem como o aumento da cobertura do pré-natal. Eu acho que isso funciona a curto prazo”*.

A importância do atendimento pré-natal como resultado de curto prazo ao lado de outras ações com esta característica nos é relatada por H e G, respectivamente, ao afirmarem que *“a curto prazo eu acho que deveríamos melhorar o atendimento do pré-natal, visando diminuir esse percentual de crianças nascidas com baixo peso, que é de 9% em nosso estado, continuar as ações contra as doenças diarréica, respiratória e manter os índices atuais de vacinação”* e *“a curto prazo, afóra o pré-natal, devemos reforçar o acesso ao serviço de*

*saúde para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças e quando estas adoecerem garantir a distribuição de medicamentos, além de continuar com um serviço de excelência em vacinas”.*

Aqui, claramente devem estar contidas iniciativas educacionais para atingir o proposto, tanto por parte dos profissionais como para a população-alvo, como a auto-educação desses, tornando-se essas ações não algo imposto, mas consequência de um novo patamar de entendimento das questões de saúde para ambos.

Considerando que as políticas de curto prazo nos dão resultados que, para serem mantidos, exigem esforço continuado desta ação, caso contrário corremos o risco de uma recrudescência de doenças já controladas, devemos pensar em ações cujos efeitos sejam mais duradouros, mesmo que o tempo de sua aplicação para atingir os objetivos desejados seja de médio ou longo prazo.

Pensando em exemplos de ações de médio e longo prazo, G nos traz que *“deveríamos ter ações de prevenção de acidentes, de incentivo ao aleitamento materno e de aumento do número de hospitais amigos da criança”.*

Essas são ações cujos resultados, após a sua implantação, começam a surgir após alguns anos, pois o alcance de seus objetivos, diminuição do número de acidentes ou aumento da prevalência de aleitamento materno, está acompanhado de uma mudança de hábitos e comportamento, dependentes de um processo educacional.

Outra ação de resultado a longo prazo que merece destaque pela análise dos técnicos é a investigação dos óbitos infantis.

Como nos diz D: *“eu acho que esta estratégia que está sendo implantada agora, a investigação do óbito infantil, é algo que deve levar de médio a longo prazo para dar resultados”*.

Essas políticas de médio e longo prazo devem estar voltadas para a realidade onde vão ser aplicadas, bem como ter pessoas qualificadas para executa-las. Segundo D, *“para traçarmos estratégias com objetivos de médio e longo prazo devemos formar uma equipe, pessoas com conhecimento técnico, que dominem, conheçam o assunto e que tenham pleno conhecimento da realidade”*.

Para A, *“uma política de médio prazo envolveria questões que começassem a mudar a estrutura de atendimento, da própria gestão do serviço público de saúde”*.

A médio prazo, que se confundiria com ações de longo prazo, teríamos a abordagem de questões educacionais.

Como nos diz H: *“a médio prazo eu colocaria como fator importante o acesso e a qualidade do ensino. Pelo estudo que nós temos feito, a escolaridade é um fator importante na redução da morbi-mortalidade em crianças menores de um ano de idade”* .

Além do incentivo à educação formal, também teríamos de pensar no desenvolvimento de ações de Educação para a Saúde. Para C isso deveria estar inserido nos próprios projetos atuais, ao nos dizer que *“para a obtenção de resultados a médio prazo deveríamos pensar em ações de Educação para a Saúde interligadas aos programas que estão sendo implantados”*.

Essas ações de Educação para a Saúde transporiam o próprio âmbito dos programas atuais, segundo G, ao nos dizer que *“a médio prazo, porque o resultado envolveria mudança de comportamento, deveríamos ter ações de Educação para a Saúde nas escolas, por exemplo, voltadas às adolescentes em relação à gravidez”*.

Ao pensarmos sobre as questões de saúde, principalmente as relacionadas à sua promoção e prevenção, estamos intrinsecamente fazendo abordagens educacionais. Não podemos conceber o processo Saúde dissociado do processo Educação.

Em nossa opinião, tratando-se da criança, pelos aspectos peculiares das diversas fases de seu desenvolvimento antes de atingir a vida adulta e pela dependência de um cuidador próximo, papel esse geralmente exercido pela mãe, os aspectos educacionais em relação ao binômio mãe-filho tornam-se ainda mais proeminentes e necessários para o alcance de seu pleno estado de saúde e a correta adequação às futuras fases vitais.

Segundo Mosquera e Stobäus (1984, p. 29):

A preocupação para a saúde humana é mais do que nada uma preocupação de atividade de participação ativa dentro desta sociedade, de tal modo que os indivíduos que podem ter uma boa saúde dentro de um esquema pragmático de vida tornam-se mais utilitários e, finalmente, mais produtivos. A saúde, pois, é um tema relevante nas sociedades modernas.

A importância das questões educacionais, no âmbito da educação formal ou da não-formal, é amplamente debatida pelos sujeitos de nossa pesquisa.

Como nos diz E:

*O levantamento das necessidades, em relação ao combate de determinado problema de saúde pública, como a população-alvo a ser atingida, o levantamento da capacidade instalada, das demandas tecnológicas a serem empregadas, entre outras, para mim, algo muito presente, devem estar envolvidas com uma coisa que exige médio e longo prazo para se obter resultados, mas que é a base de qualquer estabelecimento de uma política de saúde: a Educação.*

Como nos apontam Mosquera e Stobäus (1984, p.7), “a Educação sempre está presente, de uma maneira ou de outra, no sentido de melhoria da vida dos homens, dar-lhes

*significado e propiciar, ao mesmo momento, o mais adequado desenvolvimento das suas sociedades, culturas e personalidades”.*

Uma reflexão nos é trazida por B, ao afirmar que *“fortalecendo a Educação teríamos resultados, porque nós sabemos que a mortalidade infantil ocorre mais em filhos de mães com baixo nível de escolaridade”*. E conclui esse sujeito, *“então, a longo prazo, seria fortalecer o ensino, a escola, incentivar as mulheres a estudar, tentar diminuir a evasão escolar, tentar fazer que fiquem mais tempo na escola”*.

É o que pensam também B e D, quando nos dizem, respectivamente, que *“sem uma boa educação, com mães que tenham pelo menos o primeiro grau completo, nós não iremos conseguir implantar um sistema de saúde com boa resolução”*, e que *“a longo prazo devemos melhorar o grau de educação da população, em relação ao número de anos de estudo formal”*.

Diversas são as políticas em níveis federal, estaduais e municipais que visam promover a entrada e a permanência de nossos crianças e adolescentes na escola. Mas questiona G, *“aparentemente, todas as crianças estão na escola, mas quantas terminam o 1º grau?”*

No Brasil, conforme dados do IBGE ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)), no Brasil, em 2002, 59% das mulheres tinham menos de 7 anos de estudos, portanto, inferior ao tempo necessário para concluir o 1º grau. A situação torna-se mais crítica, quando vemos, conforme essa mesma fonte, que 11,8% das mulheres são analfabetas e 15% das alfabetizadas tinham apenas de 1 a 3 anos de estudo.

Acreditamos que as políticas relacionadas à área da educação formal fazem parte de um conjunto de investimentos públicos, ao lado, por exemplo, daqueles ligados à saúde,

saneamento e habitação, voltados à promoção da pessoa humana e em consequência à redução das desigualdades e visando ao desenvolvimento do país de um modo geral.

Essa visão de conjunto nos é transmitida por D ao fazer o seguinte comentário:

*A longo prazo deveríamos ter estratégias intersetoriais, visando melhorar o nível de educação formal da população, combater o analfabetismo, investir em saneamento básico, como água tratada e destino do esgoto, aumentar o número de empregos, aumentar a renda salarial, porque, enfim, um povo que tem mais educação e recursos, tem mais saúde. Isto são coisas que andam juntas.*

Também E acha que, *“a longo prazo, o que funciona é a Educação. É uma política pluri, digamos assim, porque envolve vários setores ou secretarias de estado”*

Concordando com a necessidade de visão de um conjunto de atividades a ser desenvolvido fora do setor da saúde para se ter resultados duradouros nesta área, C nos fala sobre *“a importância do tratamento do meio ambiente, o saneamento básico, aliada a isso, que eu diria mais importante ainda, a Educação”*.

Para G, as ações com resultados a longo prazo *“dependem de uma decisão política, econômica, para que o país tenha uma melhor distribuição de renda, as pessoas tenham acesso a uma educação adequada, empregos e salários digno”*.

Em nosso juízo, estas políticas, por demandarem tempo para atingir os resultados esperados, como, por exemplo, a transformação pela Educação, que, talvez, dependa de investimentos através de uma geração inteira de pessoas, e por não mostrarem visibilidade a curto prazo, acabam tendo um lugar secundário na escolha das prioridades públicas, sendo substituídas por políticas de resultados de curto prazo, muitas vezes ligadas a práticas assistencialistas.

Para nós, a par da importância do ensino formal, as ações voltadas a fortalecer uma Educação para a Saúde são fundamentais para a qualificação e o sucesso dos programas de Saúde Pública e conseqüente repercussão positiva sobre a saúde das pessoas, alvo dessas ações.

A importância de associar atividades de Educação para a Saúde às demandas atuais de Saúde Pública nos é referida por C quando nos diz que, *“a médio prazo, deveríamos investir em ações de Educação para a Saúde associadas aos programas que estão sendo implantados”*.

Concordando com o sujeito anterior, sobre a influência positiva da educação para a melhoria da saúde, E nos diz que *“considera importante a educação geral do povo, de modo preponderante a educação formal e também a Educação para a Saúde, associada às ações atuais como a intensificação de campanhas de informação relacionadas, por exemplo, a vacinações, pré-natal e combate à gestação na adolescência”*.

E prossegue esse sujeito:

*Não se consegue a implantação ou o sucesso de uma política, no caso particular da redução da mortalidade infantil, sem que ela fique interligada com os aspectos educacionais, e aí bem amplos, que vão desde a capacitação dos técnicos especificamente dentro do programa a ser instituído até a sensibilização da população a ser atingida em relação a aspectos educacionais destes programas e gerais.*

Consideramos, concordando com os sujeitos acima, ser de fundamental importância a inclusão de um tópico específico relacionado a propostas de Educação para a Saúde para cada ação prevista em um programa de Saúde Pública.

Conforme Mosquera e Stobäus (1984, p.32):



Educar para a saúde é prover ao indivíduo experiências significativas de saúde que podem modificar seus conhecimentos. Naturalmente isso levaria a melhores aquisições para o desenvolvimento de poderes racionais e críticos. A Educação para a Saúde capacitaria os indivíduos a fazerem decisões sábias e a resolverem seus problemas pessoais, familiares e comunitários. É também uma forma de avançar no tempo e se sentir responsável por todo um grupo humano e não apenas por si mesmo.

No entanto, o que se observa na prática é o oferecimento de conhecimentos prontos, com cunho de imposição, pelo sistema de saúde, àqueles que dele se valem.

Segundo Marques (1986, p.75):

Estes conhecimentos são, em geral, transplantados pela maioria dos nossos profissionais como bolo de aniversário, isto é, elaborado, confeitado, distribuído e deglutido sem qualquer modificação. Não levam em conta as nossas peculiaridades, como a intensa diferença de classes e a existência de vários estágios de cultura.

E prosseguindo, esse autor (p. 75) nos narra uma experiência por ele vivida:

Por ocasião da implantação da terapêutica pela reidratação oral na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, ao discorrer alguém sobre a questão, diante de qualquer discordância ou objeção dos demais presentes, uma médica daquela Secretaria respondia sempre: não é nada disso: a OPAS determina que é assim; foi observado na Costa Rica; fulano (pesquisador a serviço da OMS) disse que é assado. É que ela, coitada, não conseguira ainda pensar com a sua própria cabeça.

Acreditamos que fatos, como o acima relatado, são produtos de um modelo de formação adotado por nossas Faculdades de Medicina. Estas formam profissionais sem habilidades plenas do exercício da profissão, criando a necessidade complementar de formação através do Programas de Residência Médica, que por sua vez, em geral, exercitam a superespecialização para ser praticada em nível hospitalar.

Conforme Barbero et al. (1994, P. 28):

Durante muitos anos, o fim fundamental implícito, posto que nunca se definiu como tal, das Faculdades de Medicina era formar um profissional com amplos conhecimentos em todos os ramos da Medicina, o que dava lugar a um mini-especialista, que uma vez terminado o curso sabia muito de nada e pouco de tudo, e era incapaz de enfrentar os enfermos como um todo.

Sobre essa questão da formação, na observação de C, “na parte médica e também na de enfermagem, temos profissionais que vêm com uma visão dentro de hospitais, em medicina meramente curativa e depois são colocados na ponta do serviço de Saúde Pública”.

E prossegue esse sujeito, “*estes profissionais, que entram por concurso, não têm nenhuma qualificação em Saúde Pública, necessitando de capacitação especial*”.

Para avançarmos em relação aos aspectos educacionais, A opina: “*deveria haver uma sensibilização voltada aos técnicos, população, escolares, todos enfim. Eu acho que isso falta na Saúde ainda, muito*”.

Como um exemplo de mudança, citado por esse sujeito, poderíamos ter a ida do médico à casa do paciente, em vez de este vir ao Posto de Saúde. Conforme esse sujeito:

*Ir na casa das pessoas também implica trabalhar com mudança de cultura em relação a como elas vêem o sistema de saúde. Ir na casa é diferente, tanto para o médico, como para a pessoa que o está recebendo. Em primeiro lugar não tem a mesa separando, isso para ambas as partes é um desafio. Para o doente, o médico, muitas vezes, ainda é visto como um Deus que milagrosamente vem curar doenças e de repente, a pessoa o vê conversando com ela na sala da sua casa. Acho que para a pessoa que está recebendo é difícil, mas é também para o médico, porque ele se acostumou a estar em outro degrau. Acho que isso sim traz mudança de cultura.*

A dificuldade para se operar mudanças no comportamento de profissionais que atuam na área da saúde, em nossa opinião, denota nitidamente o reflexo da falha do processo de ensino atual na Medicina em nosso meio, reprodutivo e, portanto, conformista, não permitindo espaços a um ambiente criativo. Como consequência, formamos médicos sem habilidades profissionais para trabalharem em nível de Saúde Pública, visando atender as exigências de nossa realidade. São escolhidos, quando concursados, aqueles que melhor se preparavam para uma prova teórica de conhecimentos, mas sem relação com sua prática formativa anterior.

Sobre como incentivarmos a criatividade, Stobäus e Mosquera (2004, p. 157) nos dizem que ela é *“uma experiência pessoal: o aluno deve ser encorajado para atitudes positivas perante a saúde e a auto-realização, para resolver problemas pela reformulação de experiências pessoais”*.

E prosseguem esses autores (p. 157): *“criatividade não é conformidade: envolve idéias originais, novos e diferentes pontos de vista e aberturas. Significa ver de várias maneiras diferentes alguma coisa que pareça ter uma só interpretação. A conformidade indica reprodutividade, repetição”*.

Para Mollenhauer (Apud FERMOSO, 1994, p. 74), *“os educandos devem participar de sua própria educação, objetivo atingível se houver a promoção da autonomia, da independência e do desenvolvimento pleno como ser humano”*.

Em consequência dessa visão distorcida quando da formação profissional, como reflexo em uma posterior prática sanitária desses profissionais, aos indivíduos a quem está destinada a prática das políticas de saúde pública, e até mesmo aos gestores locais, acabam restando os papéis de serem meros executores das mesmas. Num exemplo, exige-se que os níveis locais ofereçam um serviço de pré-natal para as gestantes e que estas compareçam a todas as consultas propostas. Se faltarem, devem ser buscadas em casa. Isso é posto e cobrado. Por que estes serviços não oferecem hoje, o que seria óbvio, este tipo de serviço à população e por que as gestantes não aderem ao pré-natal? Certamente, hoje não temos preocupação em buscar respostas a essas questões em relação à nossa realidade.

Em relação a problemas relacionados à Saúde da Mulher, com repercussão na saúde infantil, vemos como grande desafio enfrentarmos o elevado número de adolescentes grávidas, que no nosso estado está em torno de 20%.

Refletindo sobre as ações voltadas à Saúde da Mulher, G acha que *“se perdeu também na questão da Educação, no investimento de ações de Educação para a Saúde da Mulher”*.

Refletindo sobre problemas da Saúde da Mulher, B nos diz: *“no Posto de Saúde a adolescente grávida vai lá e faz aquele trabalho preventivo de pré-natal. O que vai acontecer? Ela vai engravidar de novo, os filhos dela vão acabar tendo esse mesmo destino de adolescentes grávidas e não vai ser feito nada para impedirmos esse ciclo”*.

Segundo G, *“se houvesse um melhor pré-natal, investimentos em Educação para a Saúde em relação à saúde do adolescente, em que a paternidade e a maternidade fosse uma opção e não algo não planejado, mesmo na adolescência, eu acho que teríamos melhores resultados”*. Para esse sujeito, *“a escola seria o lugar ideal para o desenvolvimento dessas ações de Educação para a Saúde dos adolescentes”*.

E nos cita, esse sujeito, um exemplo de tema que poderia ser abordado na escola:

*A prevenção de acidentes, muito relevante na prevenção de mortes por causas externas que a partir dos dois anos de idade é uma importante causa de mortalidade entre crianças. Acho que isso deveria se dar através da escola. Temos um Projeto da Comissão Escolar de Prevenção de Acidentes e Violência que várias cidades do país tem como lei. Este seria um investimento a médio e longo prazo para mudar o perfil da mortalidade nesta faixa etária.*

Sobre a importância da escola como promotora de saúde na infância, Cabaco (1995, p.

163) nos declara:

Sem dúvida, a escola como instituição primária de socialização permite uma abordagem que vai além do âmbito puramente acadêmico; neste sentido, o desenvolvimento de competências sociais oferece à criança um bom instrumental para defrontar-se com situações de conflito, o que a conduz a um melhor ajuste e equilíbrio psicossocial, ao mesmo tempo em que se converte em um melhor meio para transmitir comportamentos de saúde e, conseqüentemente, prevenir problemas.

E prossegue esse autor (p.164): *“essa posição de desenho de estratégias de prevenção primária na escola, como instituição de socialização mais apropriada para desenvolver intervenções efetivas, está baseada principalmente no desenvolvimento de habilidades para a solução de problemas sociais”*.

Corroborando essa idéia, B nos traz a seguinte reflexão:

*A minha visão de mudança em Saúde Pública é pela Educação, tanto para a formação do aluno como para a qualificação da escola. Eu acho que a saída é pela Educação, pela qualificação dos professores, pela qualificação do ensino, eu acho que é por aí. Trabalhando na escola podemos atingir 100% das crianças em idade escolar, porque elas têm de estar na escola, é lei.*

E nos relata, esse sujeito, sua experiência de quando trabalhou a saúde em nível escolar:

*Nós tínhamos um trabalho bem interessante com professores e alunos através de oficinas. Eu acho que isso é trabalhar na mudança, no comportamento, porque quando tu vais no Posto de Saúde a personalidade e o comportamento já estão estabelecidos. Trabalhando na escola, quando a criança é pequena, conseguimos atuar na formação dela.*

Segundo Mosquera e Stobäus (1984, p. 46):

Podemos considerar a Educação para a Saúde como uma disciplina, mas não isolada do resto das disciplinas, tendo sua participação através da integração com os outros professores, bem como seus conteúdos especificamente voltados para uma contribuição do enriquecimento do conteúdo da Educação para a Saúde.

Estes autores (p. 45) consideram que a Educação para a Saúde em nível escolar pode apresentar-se através de quatro alternativas possíveis. Estas seriam, em forma de disciplina, com créditos específicos, fazendo parte do currículo normal da escola; como uma série de

atividades distribuídas nas diversas disciplinas que compõem o currículo escolar; através de conferências, painéis e mesas redondas; ou numa união dessas três alternativas.

As ações de saúde devem conter idéias de complexidade em seu planejamento e visão de longo prazo, visando ao autodesenvolvimento da pessoa humana e ao incentivo à sua participação neste processo.

A seguinte reflexão nos é trazida por A:

*Devemos pensar nas ações de longo prazo em mudança de mentalidade, sensibilização das pessoas e ter que estar sempre pensando nessa parte preventiva. Eu acho que não devemos esquecer nunca que, mesmo que se fizesse as coisas imediatas, sempre ter em mente que o mais importante é trabalhar todo esses aspectos relacionados à Educação em Saúde, na sensibilização da pessoa para as coisas da Educação para a Saúde, que não basta só conhecer, tem que sensibilizar para agir.*

Para Sierra e Guerra (1992, p.11):

Em uma sociedade democrática não parece eticamente aceitável que uma atividade social se desenvolva ao livre arbítrio de determinados indivíduos ou grupos sociais ou de poder. A participação das pessoas implicadas no programa não pode limitar-se a desempenhar corretamente o papel de usuário ou de executor, nem tampouco é suficiente participar na planificação prévia, sendo ainda necessário a implicação de todas as partes em mais alto grau, ou seja, na tomada de decisões.

Em relação a nossa realidade, A nos traz a seguinte reflexão:

*Até se pode ter muito conhecimento, que é precíval, pipocado, não uma coisa com uma certa seqüência. Ainda falta sensibilização, a população não se sente como uma participante da sua saúde, ela ainda espera de fora e, muitas vezes, é ela quem deveria fazer, assumir algumas questões da sua própria saúde. Me parece que deve haver uma sensibilização e investimentos em educação para a pessoa se sentir responsável por certas coisas, senão não adianta, não iremos avançar.*

Aqui vemos a necessidade de incluirmos à área da saúde atividades de Educação Social, através de ações de animação sociocultural que visem desenvolver nos indivíduos sua autonomia.

Para Fermoso (1994, p.229), *“a aprendizagem social é uma modalidade de aprendizagem aplicada a um âmbito, o social: a aprendizagem social modifica a conduta social, ou seja, as relações interpessoais”*.

Conforme Martinez, Carreras e Haro (200, p.108), *“as mudanças propostas pela ação social afetam o conjunto da organização social, já que se articulam sobre a necessidade de distribuir não só os recursos, mas também o poder e a capacidade de influir nas decisões que afetam a comunidade”*.

E prosseguem esses autores (p.108), *“partindo do reconhecimento dos determinantes sociais e políticos da saúde, a ação social combina a educação com a prestação de serviços e ação política, ressaltando a necessidade da ação coletiva e do mútuo apoio comunitário para a resolução dos problemas que afetam as pessoas em sua vida cotidiana”*.

Concordamos com essas idéias, pois, na nossa opinião, muitas vezes, entre o que o sistema estabelecido propõe e aquilo que realmente as pessoas necessitam acabam surgindo abismos intransponíveis. Então, para a satisfação das reais necessidades das pessoas de uma comunidade, muitas vezes, poderá ser necessária uma ruptura entre elas e o sistema estabelecido, sendo, na nossa opinião, de fundamental importância para que se caminhe nesse sentido, a incorporação de ações de Educação para a Saúde e de Educação Social às ações propostas para a área da saúde.

COMENTÁRIOS SOBRE OS DADOS ENCONTRADOS NESSA CATEGORIA

A análise dos dados dessa categoria nos evidenciou a importância da Educação, em todos os níveis, como fator de repercussão positiva sobre a saúde das pessoas.

Para nós, todos os aspectos da Educação acabam tendo, de uma maneira direta ou indireta, repercussões sobre a saúde ou a qualidade de vida das pessoas. Assim, o modo como a Educação influencia o processo Saúde pode estar ligado desde a atitudes que priorizem o ensino formal, passando por ações específicas de Educação para a Saúde, até atividades de valorização do desenvolvimento do ser humano por meio de práticas de educação não formal.

Um dos indicadores mais valorizados para aferir a eficiência dos programas de saúde e também, indiretamente, a qualidade de vida de uma população é o coeficiente de mortalidade infantil. Este coeficiente, conforme nos lembraram os sujeitos da pesquisa, nos revela melhores valores de acordo com os anos de estudo das mães.

Em estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (1997, p.14), verificou-se, no Brasil, um coeficiente de mortalidade infantil de 3,6 vezes menor em filhos de mães que tinham o ensino secundário completo em relação àquelas que só tinham o curso primário.

Em nossa opinião, essas mulheres com número de anos no ensino formal pequeno ou ausente, são as que estão, em geral, marginalizadas na sociedade, tendo dificuldades de acesso aos conhecimentos de saúde e, mesmo quando o serviço de saúde tenta levar a elas algum conhecimento, têm baixo poder de compreensão. Ao contrário, mulheres com maior número de anos de estudo formal têm mais facilidade de acesso à informação, maior poder de compreensão, interagem mais com a sociedade e assimilam melhor a cultura ou tem maiores possibilidades de aceitar as mudanças. Assim, vemos uma nítida relação entre o número de anos de estudos e o grau de desenvolvimento das mulheres como pessoas humanas.



Com isso, as ações de saúde devem considerar para essas mulheres marginalizadas do pleno acesso ao sistema de educação formal atividades de educação não-formal que facilitem sua interação com a sociedade e possam assimilar melhor conhecimentos que valorizem sua saúde e a de seus filhos.

Outro grupo que merece atenção especial, referido pelos sujeitos da pesquisa, é o dos adolescentes, no qual nos deparamos, entre outras situações que merecem atenção educacional, com a questão da gravidez nessa fase da vida. Vemos a necessidade de aprofundarmos o entendimento de seu comportamento, pois, muitas vezes, o problema tem sua origem no choque entre as exigências da sociedade para com eles e suas necessidades ou exigências para com a sociedade. A figura de jovem que a sociedade reserva ao adolescente nem sempre corresponde ao modelo que este quer desempenhar.

Segundo Papalia e Olds (2000, p.342), *“a adolescência é uma época de riscos, quando alguns jovens adotam comportamentos que restringem suas opções e limitam suas possibilidades”*.

Conforme Elias (1994, p. 122):

As pessoas só podem conviver harmonicamente como sociedade quando suas necessidades e metas socialmente formadas, na condição de indivíduos, conseguem chegar a um alto nível de realização; e o alto nível de realização individual só pode ser atingido quando a estrutura social formada e mantida pelas ações dos próprios indivíduos é construída de maneira a não levar constantemente a tensões destrutivas nos grupos e nos indivíduos.

E prossegue esse autor (p. 123):

Na prática, porém, as sociedades, particularmente nas complexas nações industrializadas, não avançaram muito nessa direção. A adaptação da organização social às necessidades e metas dos indivíduos que a compõem, bem como a adaptação dos indivíduos às exigências da rede social como um todo, ficam basicamente entregues ao acaso ou a procedimentos padronizados tidos como certos. Nos dois planos, são comuns conflitos, renúncias, fracassos e colapsos devastadores.

Uma abordagem de Educação para a Saúde dirigida a esses jovens na fase da adolescência, poderia se dar através da escola.

Em relação ao desenvolvimento de ações de Educação para a Saúde, em nível escolar, referido nas entrevistas, Mosquera e Stobäus (1984, p.47) fazem a seguinte referência:

A Educação para a Saúde poderia ser desenvolvida no primeiro grau de ensino, no segundo e na própria Universidade. Nestes três graus deveria abranger uma lista de conhecimentos que poderiam ser distribuídos em matérias ou disciplinas. Estes deveriam ter a possibilidade de levar ao desenvolvimento de consciência crítica da importância da saúde, através de níveis mais complexos de atividade e de detecção da realidade.

Consideramos que as práticas de saúde devem ser propiciadoras de experiências significativas de saúde para os indivíduos. No entanto, na maioria das vezes, observamos uma ação vertical do gestor sobre o sujeito que sofre a ação, que acaba sendo parte sem direito a voz nesse processo. Nesses casos, o que na verdade ocorre é tão somente uma ação técnica, sem uma abordagem pedagógica da mesma. Isso decorre, em grande parte, do fato de os poderes públicos adotarem uma política de Saúde Pública importada, via OMS/OPAS, na qual não se estuda profundamente a realidade regional, nem se favorece uma discussão entre os técnicos, para a elaboração de programas de saúde, levando em conta aspectos peculiares a cada nível local a partir do conhecimento daquela realidade. Com isso, acabamos não tendo uma tradição de produzir conhecimentos, talvez nem mesmo consumi-los corretamente, apesar da realidade rica para tal, e nos tornamos dependentes de um poder externo ao país em relação ao conhecimento aplicado na área de Saúde Pública.

Uma prática, referida pelos sujeitos da pesquisa, ainda incipiente em nosso meio, a investigação do óbito infantil, em nossa opinião, poderá favorecer um melhor conhecimento de nossa realidade e propiciar o desencadeamento de novas práticas de saúde.

Acreditamos que a investigação do óbito infantil favorecerá o desvelar de situações que, em repetidos casos, o acompanham e que, muitas vezes, passam despercebidos à leitura com foco mais intenso em fatores biológicos. O reconhecimento de uma gama ampla de situações ligadas ao óbito, não só relativas aos aspectos da doença e da assistência, mas também de situações socioeconômicas e culturais envolvidas no mesmo, propiciará aos municípios que se envolverem com esta ação entenderem melhor o porquê do óbito infantil e, assim, poderem pensar em estratégias, a partir de sua realidade, com objetivos de curto, médio e longo prazos.

Essas investigações certamente nos revelarão a necessidade de abordagem de aspectos sociais e educacionais como estratégias de tratamento do problema.

Concluindo, as reflexões contidas nessa categoria nos sinalizam que os avanços nas questões de saúde infantil em nosso estado, em nível de Saúde Pública, para os próximos anos, estarão diretamente associados a importância que o setor saúde der aos aspectos educacionais a ele interligados.

### **2.9.7 A Busca de uma Leitura Integradora entre os Elementos Encontrados nas Categorias**

Antes de iniciarmos as considerações finais, gostaríamos de fazer alguns comentários, a partir de uma leitura integradora entre as diversas manifestações surgidas nas diversas categorias.

A presente pesquisa evidenciou que, em nosso estado, as políticas de Saúde Pública voltadas à infância, nas últimas décadas, até os nossos dias, segue um modelo que prioriza a doença ou o agravo.

Assim, historicamente, procurou-se avançar nas questões da promoção da saúde da criança a partir do combate à doenças ou do incentivo à práticas que corrigissem alguma coisa considerada como danosa ou agravada e, portanto, também vista como “doença”.

Tivemos como pontos fortes dessas políticas o combate às doenças prevalentes, principalmente as doenças diarreica e respiratória, no qual se dava ênfase ao cumprimento das normas técnicas.

Sobre a importância das normas, a Organização Pan-Americana da Saúde (1997, p. xxv) acerca do desenvolvimento de ações integradas de saúde para a mãe e a criança no âmbito local, nos diz que “*os serviços de saúde em nível local precisam contar com normas e procedimentos claros que lhes permitam aplicar conhecimentos com qualidade e eficiência*”.

As ênfases principais dos treinamentos para o desenvolvimento dessas ações era, a partir da significação da doença como fator causal do problema, sobre o entendimento da fisiopatologia da mesma e os meios de combatê-la. Ênfase secundária era dada à educação dos cuidadores da criança em relação às mesmas, limitando-se, muitas vezes, ao ensino de como dar corretamente os medicamentos prescritos.

O conhecimento da realidade regional era dado *a priori*, e a participação da comunidade na construção do conhecimento e da ação no nível local era desnecessária, visto ser isso parte de um pacote, que era entregue pronto.

Também no incentivo de outras práticas, como as de vacinação e amamentação, a base das mesmas seguia um modelo de controle de agravos, ou seja, das doenças infecciosas preveníveis pela imunização e da desnutrição e doenças a ela correlacionadas como consequência do abandono da prática do aleitamento natural.

Essas normas, pela própria pecha da imposição nelas contidas, muitas vezes, tinham dificuldades de se concretizar com êxito.

Numa avaliação de Moreno e Diaz (1988, p.75), há a conclusão de que *“os níveis de execução (as áreas de aplicação) salientaram várias vezes que os níveis normativos lhes enviam normas de atividades que raramente podem ser cumpridas, seja pela falta de recursos ou porque estão desatualizadas”*.

E prosseguem esses autores (p.75), *“os níveis centrais se queixam de que os níveis executivos não cumprem as normas e, ainda que as solicitem, não formulam observações que facilitem a revisão das mesmas”*.

Os apontamentos acima nos evidenciam claramente a falta de integração entre os diferentes níveis de execução das políticas públicas, bem como a imposição vertical das ações através de normas técnicas, o que leva a uma falha da resposta no nível de execução, por não se sentirem como sujeitos das mesmas.

Isso nos leva a uma reflexão desse modelo, até então utilizado como prática de Saúde Pública, como, por exemplo, em nosso estado.

Numa análise inicial, não podemos desmerecer o mérito que esse modo estratégico de abordagem trouxe à saúde infantil em nosso estado. No entanto, devemos entender o contexto em que isso ocorreu. Considerada a elevada mortalidade infantil, o alto índice de saneamento insuficiente, as baixas condições econômicas e educacionais da população envolvida, o sistema de saúde pobre e o não-encorajamento da sociedade à participação devido à época da repressão social durante a década de 70 e inícios dos anos 80 do século passado, essas políticas, para aquela época, traziam um impacto positivo nos indicadores de saúde. Outrossim, devemos ter consciência de que as mesmas se davam no nível por nós considerado

o primeiro e o mais elementar da prática de Saúde Pública, ou seja, o da visão de causa e efeito, de um agente causador de uma doença e do combate ao mesmo para se obter sucesso no controle desse agravo.

Além disso, ainda atuando nesse primeiro nível, se avançou na busca de fatores associados à doença, visando à adoção de novos hábitos pelas pessoas para preveni-la. Muito pouco se acrescentou na busca de fatores associados à saúde.

Esse tipo de política, de primeiro nível ou básico, exercido através de um sistema de vigilância epidemiológica é importante para a detecção de surtos de doenças ou evidências do agravamento de situações previamente controladas, visando à pronta ação do sistema de saúde nos casos em que for necessário.

Na visão de Revuelta e Díaz (2001, p. 30), o quadro que se apresenta é o que segue:

A saúde pública nas últimas décadas tem se ocupado em identificar fatores de risco das enfermidades, planificar e implementar programas dirigidos a modificar as condutas das pessoas para levá-las a situações de menor risco de adoecer, detectar precocemente as enfermidades e formular e administrar políticas sanitárias (não de saúde) dirigidas a conseguir a maior eficiência possível dos serviços sanitários que se ocupam das doenças.

Essas políticas, pelas suas limitações, ao privilegiar excessivamente o agravo como determinante da condição de presença ou ausência da condição de saúde, não deve nem ser a única e nem a mais importante ação de saúde.

Sua ação limitada nos é colocada pelos autores acima (p.30), ao analisar:

A resposta científica para o melhor conhecimento da saúde e enfermidade, tão útil para as enfermidades infecciosas causadas por um germe identificável e passível de eliminação, tem fracassado ao aplicar o modelo patogênico às situações associadas aos intrincados processos e fatores que conformam os padrões de vida.

A partir desse nível, deve-se pensar em ações que promovam a saúde como meio de avançarmos na melhoria das condições da vida infantil.

A promoção da saúde, valendo-nos do conceito da OMS (1986), deve considerar a possibilidade de as pessoas se capacitarem para aumentar o controle sobre sua saúde e que possam melhorá-la.

Alguns pontos com necessidade de esclarecimento são fundamentais para podermos entender as estratégias de promoção da saúde nos programas de Saúde Pública, como um segundo nível de atuação.

Assim, a promoção da saúde deve ser vista como uma atividade do âmbito da saúde e do âmbito social e não como um serviço de atendimentos individuais, ainda que os profissionais da atenção primária devam desempenhar um papel importante nesse propósito.

A população deve ter uma participação ativa e fundamental na promoção da saúde de suas comunidades, visto que envolve o conjunto de todos e o contexto de sua vida diária e não diz respeito apenas a grupos específicos de pessoas com riscos de enfermidades comuns.

O seu desenrolar envolve instrumentos diversos, porém complementares, como comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças sociais e desenvolvimento comunitário.

Portanto, medidas concretas que partem exclusivamente da iniciativa governamental, visando atingir grupos específicos de indivíduos com o intuito de oferecer-lhes uma melhor situação de saúde ou proteger o meio ambiente em que vivem através de medidas legislativas, não fazem parte desse segundo nível de atuação da Saúde Pública. Essas são ações verticais que atingem indivíduos e meio ambiente. Para o seu amplo sucesso, o que muitas vezes não é plenamente considerado, essas ações não prescindem de atividades educativas. Na maioria das

vezes, no entanto, as atividades educativas se limitam à transmissão de informações à população de modo passivo. Ou seja, é definido em nível de gabinete, aquilo que o “povo” deve saber.

Levando em consideração os pontos esclarecedores, antes abordados, em relação à promoção da saúde, bem como os limites de atuação do que chamamos primeiro nível, podemos pensar em uma ação de Saúde Pública em patamar superior, ou de segundo nível.

Neste segundo nível de atuação da Saúde Pública, considerando a promoção da saúde, devemos conceber a participação da comunidade nessas políticas.

Valendo-nos de Revuelta e Díaz (2000, p.90), veremos que a participação comunitária *“se configura como um processo social em que grupos específicos, que apresentam necessidades compartilhadas e que vivem em uma área geográfica definida, identificam ativamente suas necessidades, tomam decisões e estabelecem mecanismos para conseguir satisfazê-las”*.

Com essa visão inclusiva da participação da população, avança-se para uma dimensão interdisciplinar de atuação, visto que o referencial teórico de conhecimentos dessa área provém de um conjunto de disciplinas das Ciências Sociais.

Em relação às questões da participação da população nas demandas de saúde, nos valem de Moreno, Garcia e Campos (1994, p.21), ao afirmarem que *“parece mais adequado abordá-la na perspectiva da Pedagogia Social”*.

E, justificam esses autores (p.22), *“o problema da participação comunitária em saúde avança da natureza social do homem para preocupar-se com a melhor socialização possível das coletividades e indivíduos a fim de promover a qualidade de vida, o bem-estar e a prevenção de problemas”*.



Concordamos com esses autores, por identificarmos nas obras de Quintana Cabanas (1994), Colom (1991) e Feroso (1994), entre outros, o estudo dos objetivos acima como objeto da Pedagogia Social.

Conforme Mosquera e Stobäus (2002, p.87), *“as idéias de Educação Social são oportunas e significativas, para poder melhor desenvolver uma sociedade com altos padrões de consciência social e, especialmente, com dinâmicas reflexivas de equacionamento”*.

Acreditamos que o incentivo à participação da população como construtores de sua saúde, em nosso estado, ao lado das atividades já desenvolvidas, proporcionará um considerável avanço na Saúde Pública do Rio Grande do Sul, bem como propiciará a revelação de uma latente fonte de conhecimentos nesta área. Avançaremos de uma política em que o sujeito é visto como objeto de uma prática, para outra em que o sujeito será o construtor da mesma, bem como progrediremos de uma política em que o conhecimento nos é dado, para outra, da construção do conhecimento, passando, assim, da cadeia de dependência para a situação de autonomia nessa área.

A partir desse novo nível, com o foco na saúde e sua promoção, conseguiremos ver o indivíduo na sua integralidade e na busca do autodesenvolvimento e da autonomia, bem como o desenvolvimento comunitário.

À Educação caberá papel fundamental neste processo, pela necessidade de desenvolver tanto ações de Educação para a Saúde como de Educação Social.

A concepção da atividade da Educação para a Saúde se fundamenta em idéias, teorias e métodos procedentes de vários campos de conhecimento e ação, como as Ciências da Educação, da Saúde, do Comportamento, da Comunicação e Sociais.

É, portanto, um extraordinário instrumento a favor do desenvolvimento das atividades de promoção de saúde em um nível superior, quando comparado ao simples repasse de informações, concebendo enfoques e modelos de intervenção educativa para a saúde.

Gostaríamos, valendo-nos de Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 97 e 104), esclarecer a dimensão do enfoque e modelo de intervenção educativa para a saúde que consideramos a ideal.

Em relação ao enfoque dado pela Educação para a Saúde, consideramos o mais avançado o que tenha uma função transformadora, com o propósito de mudar a sociedade para que sirva às necessidades da população, tendo como consequência a mudança social. Vale ressaltar que o efeito dessa prática sobre a população e a comunidade será solidário, ajudando as pessoas a encontrar modos de ter mais controle sobre sua saúde e sua vida.

Em contraste, vale salientar, as práticas tradicionais educativas em saúde não visam a mudança social e algumas mencionadas como progressistas visam apenas a uma mudança de conduta das pessoas, não prevendo nenhuma delas a participação ativa das pessoas envolvidas nas atividades.

Quanto ao modelo de intervenção educativa para a saúde, consideramos válido o político-econômico-ecológico, que tem por objetivo desenvolver a capacidade de análise e atuação das pessoas visando participar na promoção da saúde, a partir do estudo dos efeitos sociais e do meio ambiente sobre a saúde.

Nesse modelo, a prática educativa baseia-se na busca da autonomia das pessoas, a partir da premissa de que a ação educativa só adquire sentido com o educando exercendo o papel de verdadeiro protagonista.

Isto, vem ao encontro do que pensa Mosquera (2003, p.52):

Acreditamos num sujeito da Educação ativo, capaz de decidir as suas possibilidades e seu destino e, sobretudo, a possibilidade do pensamento teórico e abstrato ser mais valorizado, a capacidade de pensar estrategicamente, planejar e responder criativamente a situações novas, com a possibilidade de compreender a totalidade e o inacabamento do conhecimento e despertando, cada vez mais, a curiosidade, a imaginação e a fantasia.

Ao contrário deste, os modelos informativo e persuasivo motivacional têm por objetivos oferecer informações ou ensinar habilidades que tragam benefícios para a saúde. A metodologia utilizada nesses modelos prioriza a transmissão de conhecimentos ou a condução de atitudes, sendo sua prática educativa unidirecional, tendo o educando um papel passivo.

Para o desempenho dessa nova forma de atuar na promoção da saúde, participativa e estimuladora da autonomia, a utilização de todos os espaços sociais é importante. Dentre esses espaços, um que merece destaque como local privilegiado para a promoção da saúde é a escola.

Em relação à escola como promotora da saúde, Martínez, Carreras e Haro (2000, p.117) nos apontam:

A perspectiva da escola promotora da saúde, que se apresenta como a resposta à questão de se educar para a saúde exige realmente uma escola diferente e com o reconhecimento implícito de que a Educação para a Saúde não se dá somente através do currículo explícito, mas também através do implícito apoio mútuo entre escola, família e comunidade.

O modo como a Educação para a Saúde se configurará nos programas escolares, para esses autores (p. 119), poderá se dar de forma regular, como parte integrante de outras matérias ou através da abordagem de temas de saúde. Mas em todos eles, *“os métodos devem abordar, além de conhecimentos, valores, atitudes e competências, porque se pretende o desenvolvimento de competências do aluno para atuar na vida de um modo saudável”*.

Acreditamos que a Educação para a Saúde na escola deva fazer parte do sistema de promoção de saúde da sociedade como um todo, estando, assim, suas atividades interligadas.

Sobre isso, Martínez, Carreras e Haro (2000, p.126) nos colocam:

A Educação para a Saúde deve ir além das aulas escolares para converter-se em um projeto educativo social que, para ser operativo, deve ter como referência o plano comunitário de atuação e de promoção de saúde. Deste modo, a Educação para a Saúde se situa no contexto de uma Educação Social a serviço do desenvolvimento da comunidade, em que o projeto educativo se reconhece a si mesmo como uma ação processual intersubjetiva que opera como um fator de mudança social.

Também para esses autores (p.119), *“a Educação para a Saúde deve ser planejada e coordenada, ajustando seu programa às etapas de desenvolvimento de meninos e meninas e de adolescentes”*

Concordamos com esse ajuste e vislumbramos em nosso estado, especificamente na área da adolescência, a oportunidade de um relevante trabalho de Educação para a Saúde com reflexos sobre morbidade e mortalidade, tendo em vista a necessidade, por exemplo, de abordar o problema dos acidentes nessa faixa etária e da alta prevalência de gravidez associada à assistência pré-natal precária e com elevado número de nascimentos prematuros, o que eleva nossa mortalidade infantil. Essas são situações relacionadas a questões de comportamento do adolescente, em que o primeiro nível de atuação da Saúde Pública, que tem seu foco sobre agravos, pouco contribui para a sua resolução.

Vejamos, pelo interesse para o nosso estado, algumas considerações sobre a questão da gravidez na adolescência.

Silber (1985, p.203), ao constatar que o modelo médico não consegue dar a resposta ao problema da gravidez na adolescência, nos traz a seguinte reflexão:

Uma das falhas do dito modelo precisamente consiste em supor que a etiologia da gravidez na adolescência é conhecida (por exemplo, o coito sem proteção anticonceptiva) e que a ‘enfermidade’ pode ser curada com uma medida tecnológica (por exemplo, o melhor anticonceptivo). Não obstante, a experiência demonstra o contrário. As adolescentes grávidas sofrem, em geral, carências, conflitos e tensões.

Outro fator que deve ser considerado, e que denota a falta de ações educacionais, é o não-planejamento da gravidez em grande número de adolescentes.

Sobre isso, Eisenstein e Souza (1993, p.107) nos dizem:

Do ponto de vista psicológico, um dos agravantes é o fato de 70% dessas gestações não serem planejadas. Deve-se, portanto, levar em consideração que tudo isso ocorre numa fase do ciclo vital da mulher, onde ela apresenta mudanças profundas. [...] Deve-se levar em consideração que muitas vezes essa gravidez corresponde a uma necessidade de compensar insatisfações e tristezas, buscando preencher um sentimento inexplicável de vazio interior e a busca 'mágica' de um objeto de amor.

Essa mesma opinião nos expressa Wajmann et al. (1988, p.98), ao dizer que “*a gestação na adolescência se caracteriza com a simultaneidade de dois processos que trazem em seu bojo situações de conflitos e cuja somatório pode implicar em crise pessoal e do meio em que a adolescente encontra-se inserida*”.

Para Santos Junior (1999, p.228), “*é durante a adolescência que o ser humano elabora seu projeto de vida e desenvolve estratégias e ações, para que o seu ‘sonho’ se torne realidade*”.

E prossegue esse autor (p.228), “*a gravidez não-planejada, na adolescência, é considerada como um obstáculo e talvez um fator que pode desviar essa adolescente daquilo que tinha como projeto de vida*”.

Vimos, através desses autores, a complexidade de abordagem da questão da gravidez na adolescência por se tratar de uma etapa vital em que o processo de identidade da jovem, na passagem para a vida adulta, está em plena fase de desenvolvimento.

Para Mosquera (1984, p.39), “*a identidade se apresenta como um vínculo intra-humano, que envolve vários movimentos psíquicos, sendo uma atitude ativa e também uma atitude reflexiva*”. Ainda para esse autor (p.39-40), “*a identidade na idéia de vínculo*

*desenvolve uma estruturação geral desde o nascimento, e vai até a morte, apresentando-se em todos os estágios da vida humana e tendo um sentido de reconhecimento, estruturação, afetividade e sentimento da própria pessoa para consigo mesma”.*

Considerando a crise de identidade, muitas vezes presente na adolescência, e a importância da construção da identidade para a estruturação do futuro adulto, um processo educativo voltado à abordagem da gravidez na adolescência, deve levar em consideração a visão mais ampla dessa fase da vida e não apenas ater-se ao problema focal. Assim, acreditamos que um procedimento educativo deva ter por objetivo facilitar a esses jovens o desenvolvimento de um processo de reflexão crítica que lhes permita uma melhor compreensão de si mesmos e do mundo.

Com isso, situaríamos essa atividade de Educação para a Saúde, voltada à prevenção da gravidez na adolescência, dentro de uma dimensão de caráter educativo social com reflexos positivos para a saúde como um todo e não apenas voltada a uma dimensão reducente.

A partir dessa visão, coloca-se no plano da escola em primeiro lugar, por ser o espaço de atividade social por excelência do adolescente, o grande desafio do desempenho dessa atividade.

Valendo-nos de Serra e Cannon (1999, p.276-300), veremos, a seguir, alguns aspectos de uma proposta metodológica educativa para a saúde do adolescente.

O conteúdo programático dessa atividade educativa, a ser desenvolvida no espaço escolar, deve levar em consideração as necessidades e interesses de cada grupo de adolescentes em especial, podendo abordar diversos temas de interesse para a promoção da saúde, tais como sexualidade e saúde reprodutiva, relações familiares e sociais, higiene e

nutrição, violência, acidentes, uso de drogas indevidas, crescimento e desenvolvimento, projeto de vida, entre outros.

Para os autores acima (p.279), *“o enfoque metodológico deve favorecer o desenvolvimento da autoconfiança e a percepção criativa da vida, proporcionando ao adolescente a oportunidade de sedimentar atitudes saudáveis em sua vida real”*.

Ainda sobre a concepção metodológica, esta deve favorecer, num espaço de criatividade e ludicidade, o desenvolvimento da liberdade de expressão, de uma postura educativa transformadora, da conscientização, da integração grupal, da construção do próprio saber, da reflexão crítica, do respeito aos valores individuais e socioculturais e da auto-estima, todos eles favorecedores de mudanças de atitudes para o autocuidado.

O desenvolvimento do conteúdo programático deverá proporcionar o confronto com a análise contextual da vida real do adolescente e suas conseqüências, permitindo a esse a apreensão crítica do conhecimento e a possibilidade de tomada de decisões em relação à adoção de um estilo de vida.

A gravidez na adolescência é um exemplo de uma necessidade de ação educativa de promoção da saúde, que consideramos importante destacar pela sua realidade hoje no nosso estado e também no país, e a exemplificação da abordagem educacional nele feito serve como modelo para ser repetido em outras questões-problema que afetam a saúde da criança direta ou indiretamente.

Torna-se evidente que a mudança de abordagem, retirando o foco da doença e colocando-o na saúde, com forte componente educacional/educativo, fundamental para o avançar nas questões atuais de Saúde Pública em nosso estado, necessariamente deverá partir de uma reflexão motivadora de uma profunda mudança no “fazer” associado às nossas

práticas de Saúde Pública. Procuraremos, nesta parte da discussão, considerando a análise dos dados por nós pesquisados, tecer algumas considerações que julgamos importantes e que possam alimentar essa reflexão.

Como foi amplamente salientado pelos sujeitos da pesquisa, o conhecimento da realidade é um passo importante para podermos avançar. Aqui, não se trata apenas de conhecer a realidade ditada pelos agravos biológicos, mas sim a realidade social e como ela é assimilada pelos destinatários da Saúde Pública.

Conforme Mosquera e Stobäus (1984, p. 13), *“para poder estruturar qualquer linha de ação, se faz necessário, em primeiro lugar, ter medida uma realidade que suponha o conhecimento básico, para poder incidir sobre ela através de uma dinâmica de conhecimento e de ação”*.

Isso pressupõe trabalhar com realidades diferentes, compostas por indivíduos diferentes e com percepções diversas do mundo em que vivem. Até então, a partir de uma visão de realidade ditada pelos agravos que as pessoas sofriam, se dispensava o conhecimento dessa realidade para a elaboração das ações de saúde, pois o foco era combater a doença. No entanto, colocando o foco na saúde e sua promoção, torna-se indispensável considerar as pessoas, sujeitos da ação de saúde, o que pensam e como interagem com o meio em que vivem. Portanto, passam a ser os atores principais, sujeitos responsáveis pela promoção de sua própria saúde, respeitada a sua cultura própria.

Conforme Romano (1997, p.45), *“a identidade das culturas deve levar ao cultivo das suas diferenças, onde o ideal de estado não é o aplainamento e a imposição de padrões comuns”*.



Assim, se cria a necessidade de as pessoas participarem ativamente em todas as etapas da elaboração e execução das ações de saúde.

Segundo Martínez, Carreras e Haro (2000, p. 142), *“o objetivo promocional da saúde implica, segundo o ponto de vista socioeducativo, ações educativas destinadas a permitir que as comunidades assumam o protagonismo na construção das condições sociais de saúde”*.

Para isso se torna importante o estabelecimento de uma comunicação com as pessoas visando à construção de um modelo promocional de saúde. Deve-se, portanto, criar espaço e incentivar a manifestação da população.

Conforme Vygotski (apud RIVIÈRE, 1985, p.82), *“as ferramentas semióticas mais poderosas no contato social e a regulação inter-humana da conduta são as palavras”*.

Para Berger e Luckmann (1987, p.57), *“a vida cotidiana é sobretudo a vida com a linguagem, e por meio dela, é que participo com meus semelhantes”*. E prosseguem esses autores (p.60), *“a linguagem é capaz de tornar presente uma grande variedade de objetos que estão espacial, temporal e socialmente ausentes do aqui e agora”*.

Habermas (apud ARAGÃO, 1992, p. 22) nos fala da importância da ação comunicativa, na qual

A emancipação objetiva de todas as formas de dominação, num dado contexto histórico, só é possível se postula uma capacidade de aprendizagem por parte dos indivíduos que, através da prática comunicativa, podem ser ampliadas as sociedades como um todo e que, partilhada coletivamente, forma um potencial cognitivo disponível para enfrentar os desafios evolutivos.

O ir e vir da construção de um novo modelo promocional da saúde nos propiciará muitos conhecimentos a partir da interação com a população dele participando.

Valendo-nos de Freire (1987, p.124), *“o educador refaz a sua cognoscibilidade através da cognoscibilidade dos educandos. Isto é, a capacidade do educador de conhecer o objeto refaz-se, a cada vez, através da própria capacidade de conhecer dos alunos, do desenvolvimento de sua compreensão crítica”*.

Acreditamos que seja a partir dessa interação gestor público-população que avançaremos em termos da construção de um novo conhecimento na área da Saúde Pública em nosso estado, bem como se propiciará o desenvolvimento das pessoas envolvidas no mesmo.

Valendo-nos de Mosquera e Stobäus (1984, p.67), *“nos cabe assinalar que entendemos por desenvolvimento toda a dinâmica existencial da vida humana, através da qual o homem encontra significado para a vida e elabora os seus planos de futuro, que têm muito a dizer sobre o presente e o quadro existencial do passado”*.

Através do desenvolvimento desse processo de promoção de saúde em que as pessoas participam como sujeitos dessa ação e não como objetos de um pacote pronto de saúde, se criarão as condições para que elas possam apreender a saúde como compromisso histórico, que advirá da conscientização propiciada pela ação-reflexão.

Para Freire (1980, p.26), *“a conscientização implica que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”*.

Pensamos que será a partir dessa nova relação do sistema de saúde com a população que veremos facilitada a definição das novas funções dos diversos níveis que hoje atuam no setor de saúde. A saúde e sua promoção não mais poderão ser vistas como uma competição ou

medida de forças entre os níveis municipal, regional e estadual, mas como uma ação em que a interdependência e a integração desses níveis será uma consequência da construção deste processo.

Não sendo a saúde algo isolado, ou que assim deva ser tratada mas sim, algo dependente de toda a realidade que cerca o ser humano, veremos facilitado, também, o desenvolvimento de ações intersetoriais de modo interdisciplinar.

Deixará de ser, também, uma ação dependente da vontade política, para ser uma ação emanada a partir da reflexão crítica da sociedade sobre seus problemas. Com isso, deixará de sofrer interrupções devido a trocas de governos, facilitando o desenvolver das ações através do tempo e do espaço.

Como ação emanada da interação técnica e populacional, através da reflexão crítica, valorizará e dará sentido ao trabalho do técnico, hoje reprodutor de ações prontas importadas, dando-lhe identidade própria. Facilitará a criação do desenvolvimento de ações de Educação Continuada, renovadas pela reflexão constante e facilitará a criação de um plano de carreira para os técnicos da Secretaria da Saúde. Estes mesmos técnicos assumirão, como sujeitos das ações de saúde, os cargos de coordenação dessas ações, hoje destinados a cargos políticos e criticado pelos sujeitos da pesquisa.

Esses novos conhecimentos fomentarão uma discussão sobre a necessidade, criada pelo desvelamento da nova realidade, da formação de um profissional diferente pelas universidades, que atenda às novas demandas ditadas pelo novo modelo.

E, finalmente, teríamos uma nova concepção de saúde e sua promoção associada definitivamente a ações educativas, que permeariam todo o modelo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao chegarmos a este ponto da Tese, inicialmente, gostaríamos de salientar a importância que a mesma representou para nós, como oportunidade de reflexão, revisão de conceitos e crescimento, o que certamente nos qualifica para o enfrentamento dos desafios, sempre árduos, das questões do dia-a-dia da Saúde Pública. Isso foi possível pela riqueza das informações e reflexões que os sujeitos desta pesquisa nos provocaram, demonstrando um alto grau de idealismo, sem deixarem de ser realistas, experiência na atuação na área de Saúde Pública Infantil, formação qualificada para a função, bem como visão crítica do mundo que os cerca.

Com certeza, somente com a contribuição valiosa dos técnicos que se propuseram a participar como sujeitos desta pesquisa, possibilitando um rico material de análise, foi possível um avançar, o que nos permite, considerando os objetivos e as questões de pesquisa em relação às categorias de análise de conteúdo construídas a partir das respostas obtidas através dos instrumentos de pesquisa, tecer algumas considerações finais.

A primeira categoria, reflexões sobre trajetórias profissionais na Secretaria da Saúde e a importância da Educação Continuada e da formação universitária contextualizadas, nos revela uma distorção, em nosso meio, entre a formação de alunos da área da saúde, em nível de graduação, e as habilidades profissionais que se requer do técnico para atuar no primeiro

nível de atenção em saúde. Isso mostra uma concepção de formação por parte de nossas faculdades que, muitas vezes, não leva em consideração as principais necessidades da sociedade, priorizando um ensino tecnológico e de atuação preponderantemente no nível terciário. Em parte isso denota a necessidade de uma maior integração dos órgãos gestores da área da saúde com as escolas formadoras de recursos humanos, visando ao aproveitamento de profissionais que possam atender as necessidades da rede de serviços mantida pelos órgãos gestores.

Em relação ao quadro funcional de servidores da área da saúde, não existe uma ação sistemática de Educação Continuada voltada para todos os técnicos científicos que contemple as necessidades advindas da formação insuficiente em nível de graduação. Sobre essa educação, acreditamos, não deva restringir-se apenas à transmissão de conhecimentos, mas possibilite uma reflexão sobre sua prática e o contexto na qual está inserida, possibilitando não somente a modificação das práticas, mas também pessoal através de uma auto-educação.

A segunda categoria, o avanço nas questões da saúde pública infantil no Rio Grande do Sul nas últimas décadas: resgate histórico de profissionais em Saúde Pública da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em uma perspectiva de Educação para a Saúde nos mostra que o avanço das condições de saúde da população infantil nas últimas décadas, em nosso estado, esteve ligado a uma visão de combate à doenças prevalentes com ações que levam em consideração a experiência prévia em outros locais e em situações semelhantes, em geral trazidas ao nosso meio através da Organização Panamericana de Saúde, via Ministério da Saúde, seguindo, portanto, um modelo internacional e executadas seguindo um modelo centralizador, partindo do nível central para o regional e daí aos municípios, cabendo aos técnicos a sua execução junto à população-alvo. Assim, doenças prevalentes como a desidratação, pneumonia, desnutrição e infecto-contagiosas preveníveis pelas vacinas foram o foco das ações. Com isso, atingiu-se um controle desses agravos à saúde infantil com

conseqüente diminuição da mortalidade infantil, principalmente a associada ao período pós-neonatal. Outrossim, essas medidas voltadas ao controle de doenças também propiciaram ações educativas para a saúde. A busca de controle das doenças diarréicas agudas, da desnutrição e das doenças preveníveis por vacinas são exemplos de ações que associaram propostas de Educação para a Saúde durante sua execução. O uso dos sais de reidratação oral, a prática do aleitamento materno e o seguimento do calendário de vacinas com resultados positivos sobre a maioria da população tiveram reflexos na atitude e comportamento da população, levando à busca de uma melhor condição de saúde através da Educação.

A terceira categoria, um olhar reflexivo de técnicos da Secretaria Estadual da Saúde sobre as ações de Saúde e de Educação para a Saúde no passado: propiciando críticas sobre aquilo em que poderíamos ter avançado mais, revelou que as trocas dos diferentes governos e as mudanças daí advindas, da direção de pensamento atrelado a pessoas e partidos políticos, prejudicaram o avanço das políticas de Saúde Pública voltadas à infância pela valorização da visão política sobre a visão técnica. Essas trocas de governo prejudicaram um planejamento de médio e longo prazo, valorizando os objetivos de curto prazo, o que levou à descontinuidade de muitas ações, à falta de maior integração entre os níveis central, regional e municipal, à falta de maior participação do nível local, apesar do processo de municipalização em desenvolvimento, à falta de maior realce ao conhecimento de nossa realidade e suas determinantes no processo saúde-doença, à falta de investimento com mais ênfase em ações de promoção de Saúde e Educação, à falta de maior participação da população na tomada de decisões nas questões relativas à Saúde e reforçou a compartimentalização dos diversos setores da Secretaria da Saúde, dificultando as ações em conjunto com outras Secretarias de Estado. Esse cenário foi desfavorável à priorização de ações educativas para a Saúde, as quais denotam um tempo maior para se concretizar, pela necessidade de mudança de atitude e comportamento das pessoas.

A quarta categoria, a visão dos técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul: repensando as políticas públicas em Saúde e em Educação para a infância no Rio Grande do Sul como estratégia fundamental para o sucesso das ações de Saúde Pública nos mostrou que uma política de Saúde e de Educação para a Saúde voltada à infância passa pela valorização do conhecimento da realidade local e Educação. O conhecimento da realidade local serviria para, inicialmente, organizar a comunicação entre os níveis primário, secundário e terciário de saúde, bem como prever ações de curto, médio e longo prazo, com ênfase na Educação para a Saúde. Essas ações de Educação para a Saúde deverão estar presentes em todos os níveis de atuação, visando a uma mudança de atitude e comportamento das pessoas a partir da valorização da Saúde como algo a ser buscado. Segundo os técnicos, os conhecimentos considerados para a elaboração das ações de políticas públicas voltadas à infância, de modo geral, são os relativos às doenças que levaram aos óbitos infantis, e destes, em especial, aos incidentes no primeiro ano de vida. Para o combate às doenças causadoras dos óbitos relativos à mortalidade infantil, destacam modelos aplicados previamente com sucesso em áreas com perfil de mortalidade semelhante à nossa, que levam em consideração, fundamentalmente, uma visão científica acerca de fenômenos naturais, sendo neles pouco destacadas as ocorrências sócio-históricas em que se encontram, ou seja, que sua organização biológica está inserida em um contexto social. Considerando esse modelo, em que os resultados surgem em áreas com mortalidade infantil alta, nos quais predominam os óbitos relacionados à doença diarreica e infecções respiratórias, associados com elevada prevalência de desnutrição e que o nosso estado, hoje, apresenta uma tendência de mortalidade infantil que nos aproxima aos países do Primeiro Mundo, com baixa associação às doenças prevalentes acima relacionadas, relatam que é necessário repensar modelos que fundamentem futuras ações. Considerando o estágio atual da situação da saúde infantil no Rio Grande do Sul, em nível de Saúde Pública, afirmam que é necessária a adoção de políticas que valorizem

ações de Educação de modo geral e de Educação para a Saúde de modo especial, de acordo com o melhor conhecimento de nossa realidade. Será o diferencial que, substancialmente, incrementará nos próximos anos, a melhoria das condições de saúde infantil em nosso estado. Atenção especial deverão ter mulheres analfabetas ou com poucos anos de estudo no ensino formal, em idade fértil, e adolescentes. A esses grupos deverão ser contempladas ações intersetoriais, em especial com a Secretaria da Educação, reforçando a inclusão e a conclusão, de pelo menos o primeiro grau do ensino formal por essas mulheres e a implantação de ações de Educação para a Saúde, utilizando o espaço do ensino formal, com ênfase para a questão da gravidez na adolescência.

A partir das considerações acima, gostaríamos de ressaltar alguns aspectos que julgamos importantes.

Em relação à formação do profissional para atuar na área de Saúde Pública, acreditamos, de modo amplo, que esta deva contemplar uma boa formação geral, competência técnica, ética e humanística. Aliado a isso, deve formar o profissional com visão crítica e capacidade de ajudar a transformar as condições de saúde dos indivíduos e da comunidade em que atuar.

Isso requer uma mudança importante de uma prática predominantemente centrada em hospitais. Prática essa que, na Medicina, tem sua origem no Relatório Flexner dos Estados Unidos da América, em 1910, que, basicamente, preconizava o cientificismo, a formação seriada, a divisão do conhecimento em disciplinas e o ensino centrado no hospital. Essa direção formativa, na prática, não conseguia dar respostas a todas as necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades, motivadas por fatores bio-psico-sociais.

Acreditamos que, a partir de novas orientações traçadas pela ABEM e pela Comissão de Ensino Médico do MEC, que envolvem, entre outras, a supressão ou transformação das



disciplinas, a reorganização curricular com revisão do ensino seriado, a integração das disciplinas em dois ciclos básico e profissional e ênfase no ensino de Medicina Preventiva e Social, num futuro próximo, poderemos dar importante passo para a formação de um profissional que possa atuar de acordo com a realidade suprimindo as necessidades dos indivíduos e da comunidade.

Nessa perspectiva, em que a “doença” deixa de ser o foco único da atenção do profissional de Saúde Pública, as atividades de Educação para a Saúde poderão proporcionar uma aproximação à complexidade de fatores interligados com a saúde. Nesse processo educativo, a população destinatária das ações de Educação para a Saúde deixa de ser de sujeitos passivos, tomando decisões, a partir de sua própria visão, a favor do desenvolvimento de sua saúde e de sua qualidade de vida global.

Nesse novo cenário, devemos re-situar a questão do conjunto das políticas de Saúde associadas à política na qual está inserida. Em termos de distinção entre política e políticas, devemos esclarecer que a decisão de um determinado país de manter um fundo monetário destinado à saúde de sua população tem a ver com a política, a própria história desse país e as conquistas sociais de seu povo, enquanto as ações como isso se concretiza dizem respeito às políticas propostas. Muitas vezes, a política como exercício de poder sobrepõe-se à dimensão de políticas de saúde participativas. Proporcionar políticas de saúde que levem em consideração a realidade local, os fatores sociais, econômicos, culturais e antropológicos e favoreçam a autonomia de escolha dos indivíduos e comunidades, talvez, seja um dos grandes desafios que devemos enfrentar nos próximos anos.

Ao referirmos a importância do conhecimento da realidade local, a série de fatores de natureza socioeconômica, cultural e antropológica que a influenciam e por consequência a saúde das pessoas que vivem em comunidade, para a elaboração de ações voltadas à Saúde

Pública, estamos falando de um tema de extrema relevância, cuja necessidade de ação é salientada há muito tempo, denotando urgência em sua execução. Há duas décadas, Mosquera e Stobäus (1984) já afirmavam que a realidade brasileira a respeito da Saúde se apresenta com grandes problemas que se expressam no desconhecimento.

Por outro lado, também reforça a constante busca de conhecimento da realidade sua contínua alteração devido às mudanças sociais. Todos nós, com o passar do tempo, temos a sensação de que as coisas já não são mais como antes. Essa “sensação” está associada às mudanças sociais que sempre estão ocorrendo ao nosso redor. A Saúde, muito influenciada pelas variáveis sociais, acaba extremamente afetada por essas mudanças. Sob esse ponto de vista, uma visão exclusivamente médico-biologicista dos problemas de saúde resulta insuficiente, tanto do ponto de vista teórico como prático. As ondas de mudanças sociais, iniciadas por pessoas de vanguarda, podem ser seguidas pela maioria da população, e a impregnação de seu real significado no íntimo das pessoas depende de sua penetração em espaços mais privados, como o ambiente doméstico. Isso, nos leva a entender por que falham as tentativas de mudanças de comportamento em nível individual, direcionadas a grupos de risco, que seguem um fluxo de “cima para baixo”, de nível condutista. Ao contrário, mudanças construídas a partir de um entendimento das pessoas são as que levam a mudanças de atitudes e comportamentos.

A partir disso, devemos pensar na promoção da saúde como favorecedora da criação de ambientes saudáveis de saúde, do desenvolvimento de habilidades pessoais, do reforço da ação comunitária e da reorientação dos serviços voltados à Saúde.

Assim, devemos pensar em propostas de Educação para a Saúde que possam ajudar indivíduos e a comunidade a ser autônomos, em outras palavras, a saber ser, a saber escolher e a querer fazer. Com isso, a Educação para a Saúde contribuirá com potencialidade para

mudanças sociais, a partir da mudança das pessoas, com reflexos positivos sobre atitudes e comportamentos que influenciam a saúde. Deve, para atingir esse nível, envolver a escola, a família e a comunidade. A escola como caminho para se chegar à família e à comunidade é fundamental no desenvolvimento das ações de Educação para a Saúde. Também não estamos trazendo nenhuma novidade com esta afirmação, apenas a constatação de sua não-execução em nosso meio, pois Mosquera e Stobäus (1984), há duas décadas, já salientavam a necessidade da implantação de ações de Educação para a Saúde nos diversos graus de ensino. Propunham, por exemplo, a implantação vertical de atividades de Educação para a Saúde entre várias disciplinas. Na Europa, tomando como exemplo a Espanha, com a Reforma Educativa em 1993, a Educação para a Saúde foi incorporada oficialmente ao marco educativo escolar daquele país. A Educação para a Saúde, após a aprovação da Reforma Educativa, se tornou obrigatória em todos os centros educativos daquele país, como atividade transversal entre várias disciplinas.

A partir dessas considerações, como contribuição à reflexão sobre futuras ações voltadas à Saúde Pública em nosso estado, em especial à área infantil, tão necessária neste momento, devido à nossa situação atual de real transição de uma posição de saúde infantil de países em desenvolvimento para países desenvolvidos, achamos oportuno, fruto das análises dos dados, de nossas leituras de outros autores e de nossas vivências como médico e educador, apresentar algumas sugestões e recomendações à Secretária Estadual da Saúde, à Secretaria da Educação, aos órgãos gestores, às Universidades, enfim, à sociedade como um todo.

Como sugestões, consideramos importante o que segue:

- Promover a aproximação do Serviço Público com a Educação em níveis como a Universidade, escolas técnicas, ONGs preocupadas com formação de recursos

humanos para a área da Saúde e Educação, com o intuito de que as mesmas venham suprir as necessidades sociais, em relação ao tipo de pessoa e de profissional desejado para atuar nas ações de Saúde e Educação;

- Considerar para a elaboração das políticas públicas voltadas à infância, em nosso estado e seus municípios, nos próximos anos, o conhecimento da realidade local, contextualizada e atualizada com pesquisa, de modo que nela possa estar contemplada a preparação de ações voltadas para questões sociais implicadas com a Saúde;
- Estimular o envolvimento da própria sociedade, para as propostas, implementações e avaliações, a partir de tomada de decisões em relação às questões sobre Saúde e Educação;
- Aproximar os níveis central, regional e municipal, incentivando a atuação destes com o foco sobre ações promotoras de Saúde e Educação, principalmente através dos Departamentos de Ações em Saúde e auxiliar esses níveis na definição da busca de um novo papel com significado para as suas atuações;
- Buscar aprofundar interfaces entre as diversas Secretarias de Estado, como por exemplo, as da Educação, Obras, Trabalho e Cidadania e Ação Social, na busca de estimular mais ações interdisciplinares em questões comuns que envolvam Saúde e Educação;
- Desenvolver, em ação conjunta com outras Secretarias de Estado, ações de Educação Social voltadas a mulheres analfabetas e com poucos anos de estudo no ensino formal, visando a uma melhor inserção social das mesmas com reflexos sobre a saúde;

- Apoiar e incentivar iniciativas que favoreçam mais a participação ativa da sociedade civil, atentando para o atendimento da população em idade escolar, para que esteja inserido no ensino formal.

Em nível de recomendações, considerando a necessidade de decisões internas para sua execução, julgamos oportunas as que seguem:

- Desenvolver ações de Saúde, Educação em direção a uma real e efetiva Educação para a Saúde voltada, principalmente, para o desenvolvimento de criança e adolescentes;
- Desenvolver uma linha de Educação para a Saúde voltada para a adolescência e, se possível, executada em nível escolar como ação interdisciplinar com a Secretaria da Educação;
- Criar um plano de Educação Continuada, voltado aos técnicos da Secretaria da Saúde através da Escola de Saúde Pública ou em convênio com Universidades;
- Criar um plano de Educação Continuada, voltado aos educadores em geral, através de convênios com a Escola de Saúde Pública, a Universidade, as ONGs;
- Instituir um Plano de Carreira para o Técnico-Científico que valorize, em sua promoção, sua evolução educacional, bem como promova o maior envolvimento do mesmo no desenvolvimento das ações de Saúde e de Educação;
- Instituir para o educador um Plano de Carreira que valorize, em sua promoção, sua participação em ações reais voltadas à área da Saúde, bem como promova o maior envolvimento no desenvolvimento das ações de Educação e de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação**. NBR 14724, Rio de Janeiro: Atual.: Ago/2002.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Citações em documentos - Apresentação**. NBR 10520, Rio de Janeiro: Atual.: Ago/2002.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Referências – Elaboração**. NBR 6023, Rio de Janeiro: Atual.: Ago/2002.

ALMEIDA, Maria Luíza Raminelli. Nossos Saberes, Nossos Fazeres – Atenção Integral versus Vigilância à Saúde. **Boletim da Saúde / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 141-148, 2001.

ANDER-EGG, Ezequiel, **Perfil del Animador Socio-Cultural**. Buenos Aires: Humanitas, 1987.

\_\_\_\_\_. **Metodología y Práctica de la Animación Socio-Cultural**. 10. Ed. Buenos Aires: Humanitas, 1991.

ARAGÃO, Lúcia Maria de Carvalho. **Razão Comunicativa e Teoria Social Crítica em Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.

ARANHA, Maria Lúcia; MARTINS, Maria Helena. **Filosofando. Introdução à Filosofia**. São Paulo: Moderna, 1993.

ARENDT, Hannah. **La condición humana**. Barcelona: Paidós, 1993.

ARROYO, Miguel. Trabalho – Educação e Teoria Pedagógica. In: Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de final de século. in: FRIGOTO Gaudêncio (org.) **Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final de Século**. 6. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. P. 138-165.

ARTALEJO, Fernando Rodríguez; INCHAÚRREGUI, Luís Carlos Abecia. Determinantes de la Salud. In: REVUELTA, Concha Colomer; DÍAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **Promoción de la Salud y Cambio Social**. Barcelona: Masson, 2000. p. 13-26.

ASTI VERA, Armando. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Porto Alegre: Globo, 1979.

BARBERO, Milagros Garcia et al. **Planificación Educativa en Ciencias de la Salud**. Barcelona: Masson, 1995.

BÁRCENA, Fernando; MÈLICH, Juan C. **La Educación como acontecimiento Ético**. Barcelona: Paidós, 2000.

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

BARROS, Aidil de Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de Pesquisa: Propostas Metodológicas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BEHRMAN, Richard; VAUGHAN, Victor. **Tratado de Pediatria**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A Construção Social da Realidade**. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

BERTRAND, Yves, VALOIS, Paul. **Paradigmas Educacionais: Escola e Sociedade**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

BOOTH, Wayne C.; COLOMB, Gregory G.; WILLIAMS, Joseph M. **A Arte da Pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BRUNER, Jerome. **Atos de Significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

\_\_\_\_\_. Jerome. **A Cultura da Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

BULCÃO, Lúcia Grando. O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 85, 2004.

CABACO Antonio Sánchez. **Indicadores de Riesgo en Salud Mental y Estrategias de prevención en la Adolescencia**. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia salamanca, 1995.

CARNEIRO, Glauco. **Um Compromisso com a Esperança: História da Sociedade Brasileira de Pediatria, 1910/2000**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.

CARR, Wilfred, KEMMIS, Stephen. **Teoría crítica de la Enseñanza**. Barcelona: Martínez Roca, 1988.

COLOM, Antoni, **Modelos de Intervención Socioeducativa**. Madrid: Narcea, 1991.

CONE JR., Thomas. **Ambulatory Pediatrics**. Philadelphia: Saunders Company, 1968.

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia: História e Grandes Temas**. 15. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

DESLANDES, Sueli Ferreira. A construção do Projeto de Pesquisa. In: Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

DOMMANGET, Maurice. **Os Grandes socialistas e a Educação**. Braga: Publicações Europa-América, 1974.

EISENSTEIN, Evelyn; SOUZA, Ronald Pagnocelli. **Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1993.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

\_\_\_\_\_. Norbert. **Sobre o Tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

FAZENDA, Ivani (org.). **Metodologia da Pesquisa Educacional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

FERMOSO, Paciano. **Pedagogia Social. Fundamentación Científica**. Barcelona: Herder, 1994.

FLECHA, Ramón; TORTAJADA, Iolanda. Desafios e Saídas Educativas na Entrada do Século. In: IMBERNÓN, Francisco. **A Educação no Século XXI: Os Desafios do Futuro Imediato**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 21-36.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. 3. Ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terras, 1987.

FREITAG, Bárbara. **A Teoria Crítica Ontem e Hoje**. 2. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FULLAT, Octavi. **El pasmo de ser Hombre**. Barcelona: Ariel, 1995.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico**. 11.ed. Porto Alegre: Dáctilo Plus, 2002.

GARDNER, Howard. **Mentes que lideram: uma anatomia da liderança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1966

GARRET, Annette. **A Entrevista, seus Princípios e Métodos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1988.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DE COORDENAÇÃO E PLANEJAMENTO, FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA 2001. **População residente no RS, segundo os grupos de idade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 de jun. de 2003.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e Ciência como Ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1987.

HARNECKER, Marta. **Para Compreender a Sociedade**. São Paulo: Brasiliense, 1979.



- HESSEN, Johannes. **Teoria do Conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- HUNTINGTON, Samuel P. **O Choque de Civilizações e a Recomposição da Ordem Mundial**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 1996.
- IBGE. **Censo Demográfico 2001**. Disponível em: <http: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 02 de junho de 2003.
- \_\_\_\_\_. **Brasil em Síntese – Educação**. Disponível em: <http: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 25 de setembro de 2004.
- IMBERNÓN, Francisco. **A Educação no século XXI: os desafios do futuro imediato**. Porto Alegre Artes Médicas, 2000.
- KUHN, Thomas S. **A estrutura das Revoluções Científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.
- KUNRATH, Ângela; KANTORSKI, Iara; BORGES, Rosane dos Anjos. Organização Regional da Coordenação de Atenção Integral à saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (org.). **O Fazer em Saúde Coletiva: Inovações da Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.57-74
- LODI, João Bosco. **A entrevista- teoria e prática**. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1986.
- LÓPEZ, Luís Ignacio Gómez; HERNÁNDES, Maria José Rabanaque. Concepto de Salud. In: REVUELTA, Concha Colomer; DÍAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **Promoción de la Salud y Cambio Social**. Barcelona: Masson, 2000. p. 3-12.
- LÖWY Michael. **Ideologias e Ciência Social**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- MANACORDA, Mario Alighiero. **Marx y la Pedagogía moderna**. 2. Ed. Barcelona: Oikos-Tau, 1979.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- MARQUES, Agnaldo Nepomuceno. **Pediatria Social**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1986.
- MARTÍNEZ, Alfonso Garcia; CARRERAS, Juan Sáez; HARO Andrés Escarbajal. **Educación para la Salud: la Apuesta por la Calidad de Vida**. Madri: Arán Ediciones, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2001**. Disponível em: <http:tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 02 de jun. de 2003.
- \_\_\_\_\_. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2001**. Disponível em: <http:tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 02 de jun. de 2003.

\_\_\_\_\_. **Indicadores de Saúde. Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco. Prevalência de Aleitamento Materno. 2001.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2004.

MORENO, Antonio Sanchez; GARCIA, Elvira Ramos; CAMPOS, Pedro Marset. **La Actitud Participativa en Salud: Entre la Teoria y la Practica.** Murcia: Secretariado de Publicaciones, Universidad, 1994.

MORENO, Elsa; Diaz, Angel. Normalização do Cuidado da Saúde Materno-Infantil,

**Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, Saúde Perinatal: artigos selecionados de saúde perinatal, boletim CLAP,** Montevideu, p. 75-83,1988.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita; repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro.** São Paulo: Cortez ; Brasília, DF: UNESCO, 2000b.

MOSQUERA, Juan José Mouriño; STOBÄUS, Claus. **Educação para a Saúde: Desafios para Sociedades em Mudança.** 2. Ed, Porto Alegre: DC. Luzzatto Editora, 1984.

\_\_\_\_\_. Testemunhos de Vida: Uma Dimensão Metodológica em Análise. in: GRILLO, Marlene Corroero, MEDEIROS, Marilú Fontoura (org.). **A Construção do Conhecimento e sua Mediação Metodológica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998, p.95-110.

\_\_\_\_\_. Educação Social: Presente e Prospectivas. **Revista da ADPUCRS.** Porto Alegre, n. 3, p. 85-92, 2002.

\_\_\_\_\_. Educação Social e Arte. **Revista da ADPUCRS.** Porto Alegre, n. 4, p. 47-55, 2003.

MOSQUERA, Juan José Mouriño. **Vida Adulta: Personalidade e Desenvolvimento.** 3.ed. Porto Alegre: Sulina, 1987.

\_\_\_\_\_. La Educación como Tema Filosófico. **Educação.** Porto Alegre, n. 18. P.125-134, 1990.

\_\_\_\_\_. Educação: Emergência de seu processamento Epistemológico. **Estudos Leopoldenses.** São Leopoldo, vol. 27, n. 125, p. 19-28, 1991.

\_\_\_\_\_. A Educação no Terceiro Milênio. **Educação.** Porto Alegre, ano XXVI, Especial, p. 43-58, setembro de 2003.

OLIVEIRA, Manfredo A. **Tópicos sobre Dialética.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

OMS. **Carta Fundamental da Organização Mundial da Saúde.** 1948.

OMS. **Health Promotion Glossary.** Genebra, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, OPAS. **Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível local: Segundo as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância.** Washington, D.C.: OPAS, 1997.

PAPALIA, Diane E.; OLDS Sally Wendkos. **Desenvolvimento Humano.** 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

QUINTANA CABANAS, José Maria. (org.) **Fundamentos de Animación Socio-Cultural.** Madrid: Narcea, 1994.

RATNER, Carl. **A Psicologia Sócio-Histórica de Vygotsky: Aplicações Contemporâneas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REMÓN, Carlos Aibar. Educación para la Salud. In: REVUELTA, Concha Colomer; DÍAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **Promoción de la Salud y Cambio Social.** Barcelona: Masson, 2000. p. 61-76.

REVUELTA, Concha Colomer; DÍAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **Promoción de la Salud y Cambio Social.** Barcelona: Masson, 2000.

RICCO, Rubens Garcia; DEL CIAMPO, Luiz Antonio; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira, **Puericultura princípios e práticas: Atenção Integral à Saúde da Criança.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000. .

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1989.

RIVIÈRE, Angel. **La Psicologia de Vigotsky.** 2. Ed. Madrid: Visor, 1985

ROCHA, José Martinho da. No cinquentenário da SBP. **Boletim do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil,** Rio de Janeiro, v. 17, p. 153-164, 1960.

ROMANO, Roberto. Identidade Social e a Construção do Conhecimento. In: SILVA, Luiz Heron; AZEVEDO, José Clóvis; SANTOS, Edmilson. **Identidade Social e a Construção do Conhecimento.** Porto Alegre: Ed. Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre, 1997, p. 20-45.

SANTOS JUNIOR, José Domingues. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos de Juventude, Saúde e Desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p.223-229.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Estatísticas de Saúde: Mortalidade 2000.** Porto Alegre: SES, 2001.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Estatísticas de Saúde: Mortalidade 2002.** Porto Alegre: SES, 2004.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas de Nascimento: Nascidos Vivos 1999 e 2000.** Porto Alegre: SES, 2001.

SERRA, Ana Sudária de Lemos; CANNON, Lucimar Coser. Pelo Andar se faz o caminho. Uma Proposta Metodológica de Educação em Saúde para Adolescentes. In: SCHOR, Nélia;

MOTA, Maria do Socorro; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos de Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p.276-288.

SERRANO GONZÁLEZ, MI. Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Madrid: Diaz de Santos , 1990.

SIERRA, Juan Fernández; GUERRA, Miguel Ángel Santos. **Evaluación Cualitativa de Programas de Educación para la Salud**. Málaga: Ediciones Aljibe, 1992.

SILBER, Tomas. El embarazo en la adolescente: una nueva perspectiva, **Publicación científica nº 489**, Washington: OPAS , 1985, p. 203-207.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: Sua Teoria e Influência no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1995.

SUBIRATS, Marina. A Educação do Século XXI: A Urgência de Uma Educação Moral. In: IMBERNÓN, Francisco. **A Educação no Século XXI: Os Desafios do Futuro Imediato**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 195-205.

STOBÄUS, Claus Dieter; MOSQUERA Juan José Mouriño. Criatividade. In: LANE, John Cook; ANDREOLLO, Nelson Adami; MANTOVANI, Mário. **O processo de Ensino e Aprendizagem em Medicina**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2004. p. 155-166.

TEZOQUIPA IH, MONREAL MLA, SANTIAGO RV. **O Cuidado à Saúde no Âmbito Familiar: Interação Social e Vida Cotidiana**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 35: 443-50, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância**. 2003.

WAJMANN, Maria Salete Rodrigues et al.. Gravidez na adolescência: aspectos psicossociais, **Coletânea sobre saúde reprodutiva da adolescente brasileiro**, Brasília, Ministério da Saúde, p. 89-99,1988.

ZILLES, Urbano. **Teoria do Conhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## QUESTIONÁRIO

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação – Nível: Doutorado**

Prezado Colega:

*O presente Questionário é um dos instrumentos de pesquisa que estou utilizando para o levantamento de dados de minha Tese de Doutorado, Depoimentos de Profissionais Técnicos de Saúde Pública de nível superior sobre a influência das políticas estatais de saúde para a sobrevivência infantil no Rio Grande do Sul. Este questionário contém 25 perguntas, com instruções em relação ao modo de respondê-las. Não há necessidade de identificação ao respondê-lo e o mesmo poderá ser devolvido até \_\_/\_\_/\_\_, se for possível.*

A sua colaboração, respondendo a este questionário, será muito importante e desde já agradeço essa colaboração.

**1ª Parte: As primeiras doze questões referem-se a informações pessoais. Assinale a resposta adequada para cada pergunta.**

1. Idade: \_\_\_\_ anos.
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Profissão: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Nutricionista ( ) Psicólogo ( ) Pedagogo  
( ) Odontólogo ( ) Assistente Social ( ) Outra: \_\_\_\_\_
4. Anos de formado: ( ) até 5 anos ( ) 5-10 anos ( ) 10-15 anos ( ) 15- 20 anos  
( ) mais de 20 anos
5. Especialização: ( ) Sim ( ) Não  
Qual (is): \_\_\_\_\_
6. Qual a sua carga horária no Estado? ( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas
7. Exerce outra atividade fora da do Estado? ( ) Sim ( ) Não
8. Há quantos anos você é funcionário de Estado? ( ) menos de 5 anos ( ) 5-10 anos  
( ) 10-15 anos ( ) 15-20 anos ( ) Mais de 20 anos

9. Há quantos anos você participa de políticas voltadas à criança? ( ) menos de 5 anos  
( ) 5-10 anos ( ) 10-15 anos ( ) 15-20 anos ( ) mais de 20 anos.
10. A sua escolha profissional inicial em atuar na área de Saúde Pública esteve relacionada a:  
( ) Preferência pessoal por essa área.  
( ) Outro motivo que não a preferência pessoal.  
( ) Ambos.
11. Se sua resposta foi outro motivo que não a preferência pessoal ou ambos, porque você optou por trabalhar na área de Saúde Pública?  
( ) Garantia de ter emprego público seguro  
( ) Falta de oportunidades em outras áreas  
( ) Outro: \_\_\_\_\_
12. Se você hoje pudesse reiniciar sua carreira profissional optaria pela área de Saúde Pública?  
( ) Sim  
( ) Não

**2ª Parte: As questões de número 13 a 25 abordam aspectos sobre a situação da criança no Rio Grande do Sul e as políticas que a sustentam de uma maneira geral. Responda-as conforme as orientações.**

**ATENÇÃO: Nas questões de número 13 a 16 assinale somente uma resposta.**

13. O que mais contribuiu para a redução da morbi-mortalidade infantil estadual nos últimos vinte anos?  
( ) Avanços técnicos, como o da terapia de reidratação oral, por exemplo, implantados através de programas pontuais.  
( ) Melhoria da qualidade de vida da população.  
( ) Melhor acesso à rede de Saúde Pública e adequadas políticas de Saúde Pública.  
( ) Mudança de comportamento das mães em relação aos cuidados das crianças, associados a ações de Educação para a Saúde.

14. Qual a mais importante política de saúde para melhorar as condições de saúde infantil no estado (RS) que se refletirá na diminuição da mortalidade infantil, a curto prazo?
- Aumento da cobertura pré-natal.
  - Diminuição da natalidade em adolescentes.
  - Melhor assistência ao parto.
  - Melhor acompanhamento do crescimento/desenvolvimento infantil no Sistema de Saúde.
  - Acesso das mulheres ao ensino formal e mais anos de estudo.
15. Qual a mais importante política de saúde para melhorar as condições de saúde infantil no estado (RS) que se refletirá na diminuição da mortalidade infantil, a **longo prazo**?
- Aumento da cobertura pré-natal.
  - Diminuição da natalidade em adolescentes.
  - Melhor assistência ao parto.
  - Melhor acompanhamento do crescimento/desenvolvimento infantil no Sistema de Saúde.
  - Acesso das mulheres ao ensino formal e mais anos de estudo, associado a ações de Educação para a Saúde.
16. Como você julga que foram as políticas de Saúde Pública voltada à criança, em nível estadual, nas últimas duas décadas?
- Ótimas.
  - Boas.
  - Regulares.
  - Insuficientes

**ATENÇÃO:** Nas **questões** de número **17 e 18**, numere de 4 até 1 conforme a importância que julga correta, considerando **4 para a mais importante e 1 para a menos importante**.

17. O que trará, na sua opinião, maior impacto, em nível estadual, considerando as atuais condições de saúde infantil?
- Melhoria das condições ambientais(água, esgoto, habitação) e melhoria da qualificação profissional dos pais.
  - Aumento do número de Unidades de Saúde e maior número de profissionais.
  - Aumento do acesso dos pais à educação formal e à ações de Educação para a Saúde.
  - Planejamento de programas pontuais para atacar os problemas mais prevalentes.



18. As condições adversas para a sobrevivência infantil, em nosso estado, atualmente, na sua opinião, estão mais relacionadas a:

- baixa renda familiar, qualificação profissional deficiente e elevadas taxas de desemprego.
- baixo nível de instrução/ educação dos pais e falta de acesso a programas de Educação para a Saúde.
- deficiente acesso da população aos atendimentos em saúde para a promoção, prevenção e tratamento.
- falta de política de saúde infantil voltada a combater os problemas mais prevalentes.

**ATENÇÃO:** Nas **questões de número 19 a 25** assinale **somente uma resposta**, fazendo os comentários quando solicitado.

19. O avanço na assistência à criança no Rio Grande do Sul, em nível de Saúde Pública, nos últimos 20 anos, poderia expressar-se por resultados superiores aos atingidos.

Concordo  Discordo Comente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

20. Você considera que as mudanças dos diversos governos prejudicaram esse avanço?

Sim  Não Comente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

21. Além das mudanças dos diversos governos, outros fatores prejudicaram esse avanço?

Sim  Não Comente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

22. Considerando a sua atuação como técnico, em relação à elaboração das políticas de Saúde Pública voltadas à criança, você opinou, participou, colaborou?
- Sempre
  - Várias vezes
  - Algumas vezes
  - Nunca.
23. Na sua opinião, em nível estadual, as propostas de Saúde Pública voltadas à criança, que foram realizadas pelo gestor estadual, técnicos de nível central (DAS E CRS) e profissionais da ponta, nos últimos 20 anos, foram
- ótimas
  - boas
  - regulares
  - insuficientes
24. Na sua opinião, em nível estadual, as implementações das propostas de Saúde Pública voltadas à criança, realizadas pelo gestor estadual, técnicos de nível central (DAS e CRS) e profissionais da ponta, nos últimos 20 anos, foram
- ótimas
  - boas
  - regulares
  - insuficientes.
25. Na sua opinião, em nível estadual, a integração entre gestor estadual, técnicos de nível central (DAS e CRS) e profissionais da ponta, nos últimos 20 anos, foram
- ótimas
  - boas
  - regulares
  - insuficientes

## ANEXO B

### GUIA PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Conte-nos um pouco da sua história pessoal, relacionada à sua atuação profissional voltada à Saúde Pública e, em especial, às ações direcionadas à infância.
2. Fale-nos da sua formação profissional voltada à Saúde Pública e como esses conhecimentos influenciaram sua atuação como técnico preocupado com as questões da infância.
3. Quais foram, na sua opinião, os pontos fortes das políticas de Saúde Pública voltadas à infância em nosso estado, nos anos em que você atuou como técnico?
4. Quais foram, na sua opinião, os pontos menos fortes das políticas de Saúde Pública voltadas à infância em nosso estado, nos anos em que você atuou como técnico?
5. Quais foram as principais oportunidades aproveitadas para termos avançado mais?
6. Quais foram as principais oportunidades desaproveitadas para termos avançado mais?
7. Sob o ponto de vista técnico, na sua opinião, que fatores devem ser considerados para a elaboração de um programa de Saúde Pública voltado à infância?
8. Fale sobre a importância da participação, elaboração e execução dos programas de Saúde Pública, em especial dos voltados à infância, em nível local (Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde), regional (Coordenadorias Regionais de Saúde) e central (Departamento de Ações para a Saúde, Divisão de Saúde da Criança), com base em sua experiência como técnico.
9. Considerando a sua vivência profissional, que tipo de política voltada à infância tem sido priorizada em nosso estado, a curto (até 4 anos), médio (até 8) ou longo prazo (mais de 8 anos) e como nelas são inseridas as ações de Educação de um modo geral e de Educação para a Saúde em particular?
10. Que políticas públicas deverão ser priorizadas para se obter resultados significativos a curto (até 4 anos), médio (até 8) ou longo prazo (mais de 8 anos) e como nelas se inserirão as ações de Educação de um modo geral e de Educação para a Saúde em particular?

Desejando realizar mais algum comentário, faça-o agora. Agradecimentos.

**ANEXO C****TERMO DE CONSENTIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
COLETADAS PARA ANÁLISE E DISCUSSÃO NA PESQUISA**

Eu,....., abaixo assinado (a), portador da carteira de identidade nº .....expedida por .....em ....., permito que as informações fornecidas por mim em entrevista concedida ao pesquisador Erico José Faustini sejam utilizadas para análise e discussão na pesquisa intitulada “A Influência das Políticas Estatais de Saúde e sua Dimensão e Perspectiva Educativa para a Sobrevivência Infantil no Rio Grande do Sul: Uma Visão a partir de Depoimentos de Profissionais Técnicos de Saúde Pública de Nível Superior” que se configura como objeto de Tese de Doutorado em Educação do pesquisador, visto que minha privacidade será protegida pela não-identificação como informante.

Porto Alegre, de            de 2003.

Ass:

