

EDUCAÇÃO EM SAÚDE HISTÓRICO, CONCEITOS E PROPOSTAS

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRETORIA DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

*Sylvain Nahum Levy
João José Cândido da Silva
Iracema Fermont Ribeiro Cardoso
Paulo Mostardeiro Werberich
Lygia Luiza Schmal Moreira
Helena Montiani - ASCOM/GM
Rosa Maciel Carneiro - SPS*

**"Inteligência é quando aprendemos com os próprios erros.
Sabedoria é quando aprendemos, também, com os erros dos outros."**
Dito popular brasileiro

1. Introdução

Conhecimento é uma apreensão da realidade. Aprendizado é uma modificação do conhecimento. O Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde), da Organização Mundial de Saúde – OMS, pontua que "o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente".

O Scientific Group on Research in Health Education (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), também da OMS, expandiu esta declaração ao afirmar que *"os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva".*

Estas assertivas equivalem a dizer que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

A tudo isto deve ser acrescentado que a **Educação em Saúde** é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

É tendo como norte a conceituação de **Educação em Saúde**, nem como ciência nem como arte, mas como disciplina de ação e neste espaço, entre as esperanças da população e as

políticas de saúde do governo, que a *Diretoria de Programas de Educação em Saúde do Ministério da Saúde*, apresenta esta proposta de trabalho.

2. Resumo Histórico

Os primeiros passos na direção de programas de educação em saúde no país, foram dados por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira, que em 1924 criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. No ano seguinte Antonio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, mandou adotar o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal.

Em 1925, Horácio de Paula Souza cria a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de *"promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica"*. Surge pela primeira vez o título de educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, cuja responsabilidade principal era a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais.

Na mesma época era criada em Pernambuco, por Amaury Medeiros, a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência.

A fundação do Ministério da Educação e Saúde – MES, na década seguinte cristalizou, na saúde, a centralização administrativa advinda do processo revolucionário de 1930, o que acabou gerando, além do sufocamento de todas as iniciativas estaduais, a concentração das atividades sanitárias nas cidades, notadamente nas capitais, rarefazendo essas ações no *interland* brasileiro.

Com a reestruturação Departamento Nacional de Saúde, do MES, foi transformado o *"Serviço de Propaganda e Educação Sanitária"* em *"Serviço Nacional de Educação Sanitária"*, com o objetivo de *"formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde"*. No âmbito dos estados foram criadas réplicas dos serviços federais, nos respectivos órgãos de saúde pública.

O Ministério da Educação e Saúde, reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e, conseqüentemente, prover um campo educacional extraordinário para o propósito de tornar a vida saudável. Como nos informa Brito Bastos, em seu completíssimo relatório de 1969, *"essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo"*.

A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (1). Desde seu começo o SESP

reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Foi o SESP quem começou a preparar as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde. Esse exemplo de expandir essas ações para além dos limites dos órgãos de saúde logo foi seguido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, e pelo Departamento Nacional da Criança.

A clivagem do Ministério da Educação e Saúde em duas instituições autônomas, poderia ter propiciado o fortalecimento da área de Educação Sanitária, mas isto só vai ocorrer alguns anos depois, primeiro com Ruth Marcondes e posteriormente com Brito Bastos, quando acontece a Segunda transformação, com a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde.

Estas mudanças foram reflexo, também, de dois eventos internacionais. A 12ª Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra (1958) reafirmou o conceito *"que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações"*. Na 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada em Filadélfia, em 1962, o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que *"os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade"*.

Nas diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde havidas entre 1964 e 1980, devem ser assinaladas a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (pela fusão do DNERu com a CEM, Campanha de Erradicação da Malária), da Fundação SESP e, já em fins da década de 70, da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. É importante ressaltar que mais do que uma mudança terminológica, de educação sanitária para educação em saúde, tentava-se uma nova transformação conceitual. Todas estas mudanças, entretanto, não contribuíram para o principal, que seria a introdução do componente de educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (as Municipais só realizavam atividades de assistência, quando o faziam).

Isto ocorreu devido ao vício antigo da centralização velada ou explícita, tanto nas atividades dos programas ditos verticais quanto nas práticas de planejamento e coordenação elaboradas e dirigidas pelo nível central sem que os executores das ações finalísticas delas participassem.

A terceira transformação começa a acontecer, no entanto, ainda em meados da década de 70, quando da implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979). No processo de implantação desses sistemas os veículos de comunicação de massa foram chamados a colaborar na divulgação da importância de se contar com dados confiáveis sobre estes temas e dos prazos de implementação dos sistemas. Aproveitava-se uma medida administrativa para informar à população as condições de saúde e da rede de atendimento.

Utilizou-se, também, pela primeira vez e de forma bastante tímida, a propaganda (ou marketing) subliminar, com o preenchimento de atestado de óbito em uma novela de televisão.

Esta "terceira onda" da educação em saúde se explicita em 1989, ao se incorporar ao Projeto Nordeste II o financiamento, pelo Banco Mundial, de US\$ 20 milhões, para as ações de IEC - Informação, Educação e Comunicação. Ao mesmo tempo em que se fazia evidente que os métodos e meios de educação em saúde tradicionalmente utilizados não mais demonstravam eficiência, aprofundava-se o fosso do desentendimento entre seus defensores e aqueles que propugnavam a adoção da transmissão do conhecimento através dos modernos meios e técnicas de comunicação de massa.

Dessas discussões entre os partidários da ação direta da educação em saúde – a que privilegia a influência do contato humano e considera a *outra* apenas propaganda, com os partidários da ação indireta – que se utiliza em grande escala dos meios de comunicação de massa, perdemos todos. O Ministério da Saúde porque restringiu a área da educação à um serviço na Fundação Nacional de Saúde, sem estrutura administrativa, sem programa e sem pessoal técnico. Os programas do MS por que deixaram de contar com setor especializado para suporte de suas atividades. E a população por que deixou de receber importantes insumos para conhecer, entender e modificar sua condição de saúde.

É apenas em 1996, com muito ânimo, ainda que sem muita coordenação e conseqüência, que as atividades de educação em saúde voltaram a receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério, atitude que foi reafirmada na atual administração, com o projeto Saúde na Escola, integrado a TV Escola do MEC e em execução desde 20 de agosto de 97, compondo semanalmente a grade de programação de 50.000 escolas do ensino fundamental. Outro passo importante dado pela atual administração do MS foi a definição, em 1998, de uma Diretoria de Programas para a área o que naturalmente amplia a abrangência da proposta, fazendo-a evoluir de um Projeto Saúde na Escola para um Programa de Educação em Saúde.

3. Bases Conceituais

Duas tópicas(2)- são necessárias para estabelecer as bases conceituais para as ações de educação em saúde. A *Tópica Funcional* e a *Tópica Epistemológica*. Na primeira **as funções de técnica, método e meio de veiculação** conformam os instrumentos de ação. Na *Tópica Epistemológica* a **tríade é formada pela ciência** (através do rigor científico), **educação e comunicação**, que fornecem as diretivas de ação.

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

Estabelecer o **espaço de atuação** entre a **esperança do indivíduo** e **os projetos governamentais** significa, primordialmente, **considerar a pessoa como ser vivente, com alma, com idéias, com sentimentos e desejos, como gente**, enfim. Representa, ainda, **aproximar as conquistas técnicas e científicas do homem comum e a ação governamental do cidadão.**

A **transmissão do conhecimento técnico-científico não pode ser considerada como uma benesse assistencial** ou ato de favor dos detentores, tanto do poder como do conhecimento. **As pessoas devem ter acesso fácil, oportuno e compreensível** a dados e informações de qualidade sobre sua saúde (desde o prontuário médico ou ficha clínica) e sobre as condições de vida de sua comunidade, cidade, município, estado e país.

Os dados e informações devem ser claros, sem conter ambigüidade, precisos e fidedignos e serem transmitidos de maneira adequada, através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização.

Deve ficar absolutamente claro que assim como **o indivíduo tem direito à informação o cidadão tem o dever de se informar**. As ações de educação em saúde devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do estado (em relação ao disposto na Constituição) em estado de dever, que é função de todos, indivíduos, instituições, coletividades e governos.

3.1 - A Técnica

Epidemiologia, Rigor Científico e Informação

A teoria da informação não trabalha com significações, mas com elementos totalmente previsíveis dentro de um código. Assim se pode dosar uma determinada mensagem entre um determinado produto e um determinado público. Já em 1958 Abraham Moles **assinala que para a mensagem ser eficiente deve ser redundante**, ou seja, deve dispor-se a mensagem de tal modo que **favoreça a maior coincidência possível entre o que ela oferece e o nível de aspiração do público ao qual se dirige**.

Instrumental por excelência, pela possibilidade de ajustar e dosar a mensagem a ser produzida à capacidade de decodificação de seus usuários, o emprego da **teoria da informação na educação sanitária, se tem resumido às práticas de aperfeiçoamento da mentalidade passiva, consumidora, seja de bens e serviços, seja de imagens e modelos**. A mensagem **é dirigida pois não alimenta no receptor a capacidade de crítica e de escolha**, além de que em situações de normalidade social, **o indivíduo prefere receber mensagens que ratifiquem suas crenças anteriores**.

Desse modo **o rigor científico** que preside a técnica, **deve se apoiar na epidemiologia**, já como ferramenta do conhecimento das ciências da saúde, para instrumentar a informação a ser trabalhada. Como se sabe o objetivo geral da epidemiologia é o de concorrer para reduzir os problemas de saúde na população e suas principais aplicações podem ser colocadas em três grandes grupos: descrever a situação de saúde da população, investigar os fatores determinantes da situação de saúde e orientar e avaliar o impacto das ações para alterar a situação de saúde.

Isto posto, pode-se afirmar que a **informação de saúde** a ser transmitida à população deve estar alicerçada em **bases epidemiológicas sólidas e critérios técnicos consistentes**, que esclareçam sobre os riscos e as doenças prevalentes ou que sejam objeto da ação sanitária dos indivíduos, de instituições privadas ou do poder público; sobre as formas de evitar ou lidar com estas patologias; sobre as condições ambientais relacionadas ou não a esses agravos;

sobre as atividades desenvolvidas pelos órgãos de saúde, públicos ou privados e sobre a monitoração e avaliação, continuadas, das condições de saúde e das ações em curso.

3.2 - O Método

Educação

Como tema que sempre preocupou os homens e as sociedades, a **educação** tem merecido as mais diversas definições. Para Platão, a educação "consiste em dar ao corpo e à alma toda a perfeição de que são capazes". Para Kant, significa "o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz". Para Johann Friederich Herbart, é "a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses". James Mill dizia que a educação tem por finalidade "fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes". Para o psicólogo Henri Joly a educação consiste "no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades".

Todas estas definições deixam entrever que **o ideal da educação é a perfeita realização da natureza humana.**

Tratando-se de fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltados para a pessoa humana, a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano, em particular o biopsicológico e o sociológico.

Do ponto de vista biopsicológico, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas a formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social.

Em termos gerais, em relação às necessidades individuais a educação visa:

1. Desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito;
2. Desenvolvimento emocional;
3. Formação do espírito crítico;
4. Desenvolvimento da capacidade criativa;
5. Desenvolvimento do espírito de iniciativa;
6. Formação estética;
7. Formação ética;
8. Formação moral;
9. Desenvolvimento das peculiaridades de cada educando e
10. Assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

No plano das necessidades sociais, os objetivos da educação são:

1. Conservação e transmissão cultural;
2. Desenvolvimento do senso de responsabilidade social do educando;
3. Instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social;
4. Formação política para o pleno exercício da cidadania;

5. Formação econômica;
6. Formação para as parcerias e solidariedade e
7. Integração social.

Para a educação em saúde estes postulados são considerados integralmente válidos.

Como a educação é um processo representado por toda e qualquer influência sofrida pelo indivíduo, capaz de modificar-lhe o comportamento, distinguem-se dois tipos de educação pelos quais essas influências são exercidas e sentidas pelo educando, a *heteroeducação* e a *auto-educação*. No primeiro tipo é quando as influências incidem sobre o indivíduo independentemente de sua vontade. É aquele em que não há a participação deliberada e intencional do próprio sujeito da educação, embora ele seja levado inconscientemente a participar do processo. Na auto-educação, ao contrário, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de lhe modificar o comportamento e submeter-se a elas.

Mesmo em se considerando que a heteroeducação tem um papel objetivo importantíssimo, a aspiração, em termos conceituais, do trabalho a ser desenvolvido na área de educação em saúde está voltada para a auto-educação, pois exprime a tomada de consciência por parte do indivíduo acerca da importância do processo educativo para sua formação e desenvolvimento. Finalizando este tópico sobre este componente metodológico, (a educação), devem ser referidas as funções educativas, que podem ser representadas por cinco atividades, e que estarão integralmente contidas nas **ações de educação em saúde**:

- a) estimulativa, que busca atrair o indivíduo para participar do processo educativo;
- b) exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências;
- c) orientadora, que enfoca os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência;
- d) didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e
- e) terapêutica, que permite retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

3.3 – O meio de veiculação

Comunicação

Comunicação é o processo de troca de mensagens entre duas ou mais pessoas ou entre dois sistemas diferentes. Implica, portanto, dois pólos: um transmissor (ou emissor ou fonte) e um receptor (ou destinatário ou público), em processo que ocorre através de um meio (chamado canal). Este pode ser um meio natural, como o aparelho fonador, ou industrialmente concebido, como a imprensa, rádio, televisão, etc.

Para que as mensagens possam ser intercambiadas, entretanto, é preciso que repousem sobre um sistema simbólico que seja um solo comum tanto ao transmissor como ao receptor. Este sistema simbólico se formula através de um código, dentro do qual são concebidas as mensagens. Na acepção científica do termo, a comunicação não é processo natural, porquanto exige o conhecimento prévio de um código cultural, o da linguagem (ou língua) em que se formulam as mensagens.

As mensagens são formadas por signos e, para estes, existem duas concepções: a realista e a convencional. Conforme o primeiro, o signo como elemento portador de significação é criado em relação a seu correspondente externo (o referencial). A metáfora mais comum utilizada pelos lingüistas para figurar esta concepção é dizer que o signo seria uma espécie de miniatura transportável do objeto que nomeia.

Segundo a concepção convencional, o signo é arbitrário, ou seja, não se estabelece nenhuma relação entre o referente e o signo, daí o fato de um mesmo objeto ser denominado diferentemente conforme cada idioma.

Para a educação em saúde o comunicado (o conteúdo da mensagem) deve privilegiar o signo realista - com vínculo com o conteúdo – mas a comunicação (a transmissão) deve recorrer ao signo convencional, ser arbitrária (ou livre) para não "engessar" o processo que se pretende educativo.

A comunicação passou desde o início dos tempos por três etapas distintas. A primeira se caracteriza, fundamentalmente pelo fato de ser oral ou de transmissão pessoal. A segunda etapa introduz como inovação o alfabeto tipográfico, criando como consequência social, no dizer de Macluhan, "*o predomínio da interpretação particular sobre o debate público, o divórcio entre a literatura e a vida, o estudante solitário e uma cultura altamente abstrata, porque o próprio alfabeto de tipos móveis era uma forma mecanizada de cultura*". Trata-se da passagem da comunicação direta e imediata (a voz, transmissor natural) para a comunicação indireta, através dos canais industrializados, dos quais o primeiro é o livro.

A verdadeira revolução na comunicação, de âmbito comparável ao da Revolução Industrial, verificou-se a partir das primeiras décadas do século XX, com o surgimento da tecnologia especializada e seu emprego em larga escala na difusão de mensagens. O que caracteriza esta terceira etapa é os *mass media*, ou os meios de comunicação de massa e seus canais industriais como a televisão, rádio e cinema. Sob um prisma tecnológico o aparecimento dos *media* corresponde a passagem do universo gráfico à galáxia eletrônica, pois a presença dos meios de comunicação sonoros abala os fundamentos em que se enraizara a experiência do mundo, centrada no homem gráfico, visual por excelência.

Sob o ponto de vista antropológico (e sociológico) este grande avanço representou, paradoxalmente, um retorno ao uso de sentidos desconsiderados, principalmente o auditivo e se abrem as possibilidades de exploração de outros, como o olfato. Psicologicamente, a comunicação subliminar (ou o sentido número seis, aquele que no dizer de Freud integraria os outros cinco, o sentido da consciência) ganha grandes e variadas possibilidades.

O aparecimento dos *media* (3) sonoros quebra a linearidade da comunicação própria ao livro e mergulha o homem novamente na inter-relação dos sentidos.

A aldeia global que Macluhan antevia na década de 60 está hoje ao alcance de uma tomada.

Estudiosos norte-americanos concluíram que numerosos fatores influem na comunicação de massas, sendo a mensagem apenas um deles. A relação receptor/mensagem depende não só do sistema de motivação de valores da situação em que o processo ocorre, mas também do próprio conteúdo. Em decorrência dessas variáveis os efeitos da mensagem só podem ser apreendidos através da operacionalização que incida sobre os seguintes fatores,

interdependentes por definição: a) da decifração da mensagem em pauta; b) do conhecimento do sistema, necessidades e valores do receptor, e c) das características da conjuntura em que o mesmo se encontra/transmite.

Sendo assim, e sob a ótica da educação em saúde como vem sendo tratado neste documento, o Ministério da Saúde deve contar para executar essas ações, com todos os meios de comunicação existentes - TV, rádio, jornais, revistas, livros, vídeos, cinema, folders, cartazes, teatro, música, etc - e com as duas formas de transmissão - aberta e fechada, mas só deve definir o meio de comunicação e a forma de transmissão a ser utilizada para este ou aquele projeto/programa/atividade conforme a mensagem a ser trabalhada e o público-alvo a ser atingido, lembrando, sempre, que o respeito às peculiaridades regionais, num país como o Brasil e num campo como o da educação em saúde, é condição "sine qua non" para o sucesso do trabalho.

Experiências já realizadas neste Ministério, como as do IEC (atualmente subordinado à Comunicação Social), que fez trabalhos belíssimos com teatralizações de rua e cantadores apontam nesta direção.

O impacto do conteúdo pode ou não modificar a forma de comportamento do receptor. Mas é sempre dinâmico e se dirige às necessidades psicológicas do ouvinte. De uma maneira geral, o conteúdo da comunicação de massas reflete sistemas de valores já existentes na sociedade em que ocorre. O grau de modificação de sua estrutura vai depender, ainda, da autoridade exercida anteriormente pela instituição responsável pela mensagem e do tamanho da população envolvida.

Todas essas questões podem ser sintetizadas no pensamento-*slogan* de Macluhan, com seu jogo de palavras intraduzível em uma única frase: "*O meio é a mensagem e o meio é a mensagem*".

4. Ações em Educação em Saúde

A atenção universal, equânime e integral à saúde traz implícita, em sua concepção básica, um significado muito mais profundo que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. **A melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias** a serem implementadas são idéias norteadoras da **nova filosofia sanitária brasileira**.

É neste universo que se inserem as ações de educação em saúde, que se pretende sejam fruto do conhecimento aqui relatado e do aprendizado das experiências, de forma a **serem evitados os erros, nossos e dos outros, já cometidos** (Inteligência é quando aprendemos com os próprios erros. Sabedoria é quando aprendemos, também, com os erros dos outros).

Até o momento foram identificadas dez áreas de trabalho no campo da educação em saúde, **ficando o terreno em aberto** para receber novas sementes e germinar novas atividades.

1. Saúde na Escola

2. Educação em Saúde para o Trabalhador
3. Canal Futura - TV do Conhecimento
4. Movimentos Comunitários
5. Humanização do Atendimento
6. DST/AIDS
7. PACS e PSF
8. Telemedicina
9. Comunicação Social, para atividade de suporte aos programas e atividades dos órgãos técnicos do Ministério da Saúde e da política de saúde.
10. IEC

As áreas de 1 a 5 serão desenvolvidas pela Diretoria de Programas de Educação em Saúde que deverá contar com a colaboração dos demais órgãos do Ministério da Saúde e a parceria explícita da Assessoria de Comunicação Social do Gabinete do Ministro – ASCOM/GM. As atividades de educação em saúde (área 6) da Coordenação Nacional do Programa de DST/AIDS, da Secretaria de Políticas de Saúde, continuarão a ser ali desenvolvidas. As áreas 7 e 8 já estão sendo operacionalizadas pela Secretaria de Assistência à Saúde e as atividades da área 9 e 10 continuarão a ser coordenadas e executadas pela ASCOM/GM.

Em relação ao trabalho realizado, desde 1991, pelo grupo do **IEC** - Informação, Educação e Comunicação, poderiam ser estudadas um reordenamento de suas atividades, de modo a **preservar o "know-how", o material e os arquivos** existentes e adequar seu trabalho à nova realidade do Ministério e do SUS, podendo, ainda, ser proposta a sua inclusão em algum dos projetos internacionais de financiamento externo acordados pelo Ministério da Saúde, já que sua fonte de financiamento se esgotou com o término do Projeto Nordeste.

Em relação aos aspectos globais das atividades e contexto de trabalho da Diretoria de Programas de Educação em Saúde, devem ser assinaladas as facilidades e dificuldades que delimitam a sua ação e apresentado um roteiro geral de ação.

A) Facilidades e Dificuldades

1. Meio Externo (frente a estados e municípios)

Facilidades:

- a) Interesse das crianças e jovens para os temas específicos relacionados à saúde;
- b) Interesse das Organizações Sociais (ONG's);
- c) Desenvolvimento do sistema de comunicações;
- d) TV Escola do MEC organizada;
- e) Potencial para financiamento do Programa;
- f) "Expertise" (domínio do conhecimento) dos temas e do processo de comunicação.

Dificuldades:

- a) Desgaste do MS junto à população;
- b) Cobertura parcial da TV Escola;
- c) Organização deficiente das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios em relação a educação em saúde;
- d) Falta de consciência dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos;
- e) Sociedades Científicas e profissionais despreparadas para trabalhar nesta parceria.

2. Meio Interno (Ministério da Saúde)

Facilidades:

- a) Disponibilidade de dados epidemiológicos;
- b) Decisão política de priorizar o Programa;
- c) Poder convocatório do MS em relação a instituições públicas e privadas;
- d) Existência de material produzido;
- e) Potencial para financiamento, inclusive com acordos internacionais existentes.

Dificuldades:

- a) Ausência de equipe especializada;
- b) Baixa credibilidade da proposta;
- c) Pouca agilidade administrativa e gerencial;
- d) Ausência de alguns meios de comunicação e de facilidades de equipamento;
- e) Conflitos de abrangência com a ASCOM;
- f) Fontes de financiamento do MS;
- g) Descontinuidade administrativa.

B) Roteiro Geral de Ação e Prazos de Execução

Apresentação e discussão da proposta com:

- o Ministro da Saúde e com o primeiro escalão do ministério.
- o Conselho Nacional de Saúde.
- o CONASS e CONASSEMS
- os Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Educação.

Ajustes, adequações e redefinições.

(Prazo - 60 dias, a contar da apresentação ao Ministro)

Elaboração dos documentos de projeto

(Prazo - 120 dias a contar da apresentação ao Ministro, exceto para o Saúde na Escola e TV Futura, que já estão encaminhados)

Concomitantemente serão contatados todos os parceiros institucionais - Confederações patronais e de trabalhadores, Centrais Sindicais, AMB, CFM, ABEM, ABO, e demais Sociedades Profissionais e Científicas que se engajarão nos projetos.

(Prazo - 120 dias a contar da apresentação ao Ministro)

Apresentação da proposta ao Ministério do Trabalho, com vistas ao financiamento pelo FAT, do projeto de Humanização do Atendimento, e em seqüência, contato com todas as Secretarias Estaduais do Trabalho para operacionalização do projeto.

(Prazo - 60 dias, a contar da apresentação ao Ministro)

C) Áreas de Responsabilidade

As áreas de responsabilidade da Diretoria de Programas em Educação em Saúde foram subdivididas em:

- I – Disseminação de informações de saúde através de meios eletrônicos.

II – Projetos de capacitação de pessoal para ações específicas.

A apresentação de cada área está diretamente relacionada com o grau de desenvolvimento de cada projeto.

I – Disseminação de informações através de meios eletrônicos

I.1 - Saúde na Escola

Projeto que pretende disseminar informações de saúde entre os alunos da rede pública de ensino, através da capacitação de professores do ensino fundamental, em todo o território nacional, para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de crianças e adolescentes, com vistas à **formação de hábitos saudáveis de vida**, à adoção de **comportamentos de baixo risco à saúde** e, conforme já referido no item 3.2, acima, pretende contribuir para formação de espírito crítico, desenvolvimento da capacidade criativa e do espírito crítico e para a assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

No plano das necessidades sociais, os objetivos da educação em saúde podem ser sumarizados em: desenvolvimento do senso de responsabilidade social; instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social; formação política para o pleno exercício da cidadania; formação para as parcerias e solidariedade e integração social.

Segundo o Informe Estatístico-1997 da SEEC/INEP/MEC constam matriculados no Ensino Fundamental exatos 33.131.270 alunos, no ano de 1996, atendidos por 1.180.618 professores em 179.953 escolas da rede pública de ensino do Brasil.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-1996) mostra que 93% das crianças e adolescentes freqüentam, com alguma regularidade, a escola no Brasil.

Esses números apontam a escola, depois do "locus familiar", como local privilegiado para o desenvolvimento de ações de informação e educação em saúde, objetivando o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, condutas de baixo risco e a compreensão de que saúde não é só ausência de doenças, mas o resultado de condições adequadas de saneamento, habitação, educação, geração de renda, alimentação, segurança, cultura, lazer, dentre outros.

Diante disso o Ministério da Saúde através da ex-SPES (Secretaria de Projetos Especiais de Saúde), propôs desenvolver uma parceria com o MEC para veicular conteúdos básicos na área de saúde aos professores e alunos através da TV Escola.

Este projeto já foi iniciado, e o primeiro programa levado ao ar, em 20 de agosto de 1997, foi um dos episódios da série "De bem com a Vida", produzido pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, da Secretaria de Políticas de Saúde. Desde então o Saúde na Escola já faz parte da grade de programação da TV Escola.

Os objetivos principais deste projeto são:

1. Identificar, dentro da realidade epidemiológica brasileira, os comportamentos de risco e aspectos relevantes a serem considerados na promoção e proteção à saúde, com vistas à definições dos temas dos programas a serem veiculados através da TV Escola, do MEC..
2. Promover a elaboração de material videográfico e impresso sobre os temas previamente selecionados, observando o rigor científico de seus conteúdos e os recursos pedagógicos adequados à população alvo.
3. Promover em articulação com o MEC, a divulgação, distribuição e veiculação do material através da TV Escola.
4. Articulação com as secretarias estaduais e municipais, de saúde e de educação, para definição conjunta de estratégias e ações adequadas para sensibilização e mobilização dos professores e profissionais de saúde na otimização do uso do material.
5. Identificar novos meios e recursos técnico-pedagógicos para implementação do Projeto.
6. Instituir sistema de acompanhamento e avaliação continuada do Projeto com vistas ao seu aperfeiçoamento.
7. Avaliação do impacto e da apreensão, a ser realizada pela Secretaria de Políticas de Saúde.

As metas a serem alcançadas pela Saúde na Escola, para veiculação durante três anos, são:

- a) Capacitação de 900.000 professores de ensino fundamental, para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde das crianças e adolescentes (27 milhões) das 50 mil escolas públicas, alcançadas pela TV Escola.
- b) Produção de 156 programas videográficos de 15 minutos, correspondendo a três anos do Projeto.
- c) Produção de 6 Manuais de Professores relativos as 156 programas videográficos, num total de 200 mil exemplares de cada Manual (1 x 50.000 escolas x 4 exemplares em média para cada escola), totalizando 1 milhão e 200 mil exemplares.

A partir da grade de programação traçada pelo MEC cabe ao Ministério da Saúde:

1. Estabelecer critérios gerais para o desenvolvimento dos temas e formato do material videográfico e impresso.
2. Promover a elaboração e execução de 52 programas para cada exercício escolar anual, de acordo com os temas selecionados.
3. Elaborar, imprimir e distribuir uma publicação semestral com material de apoio didático dirigido ao professor.
4. Veicular em espaço de 15 minutos semanais programas versando sobre temas específicos de promoção à saúde, baseados em dados epidemiológicos que justifiquem a importância de sua abordagem.
5. Promover o aperfeiçoamento do Projeto como resultado do acompanhamento e avaliação continuada dos Programas (conteúdo, formato e resultados).

Já em cumprimento do item 1, acima, foram selecionados os seguintes temas, com suas respectivas justificativas.

- o **Gravidez na Adolescência:** Estima-se que para 1997 haverá 1 milhão de adolescentes grávidas, com aproximadamente 700 mil filhos nascidos vivos e 300 mil abortos.
- o **Acidentes:** A 1ª causa de mortalidade na criança maior de 9 anos e em adolescentes são as causas externas.

- **Saúde Bucal:** Serviço mais procurado pelos adolescentes nas Unidades de Saúde do SUS.
- **Vacinas:** Recrudescimento do Sarampo, aumento do número de casos de doenças imunopreveníveis em adultos e a necessidade de se divulgar o calendário de vacinas.
- **Hábitos Alimentares e Nutrição:** Crianças e adolescentes tem hábitos alimentares inadequados qualitativamente, levando a baixa estatura, desnutrição e obesidade. A associação Brasileira para Estudos da Obesidade mostra que 25% das crianças e adolescentes na faixa de 6 a 16 anos estão com sobrepeso.
- **Violência:** Homicídio é a 1º causa de morte nos adolescentes masculinos de 15 a 19 anos. Faltam dados estatísticos sistematizados e confiáveis no Brasil sobre a violência em suas diferentes modalidades. Contamos com os dados notificados nos poucos serviços existentes para esse fim. A mídia ultimamente tem apresentado notícias assustadoras sobre a violência doméstica e a exploração sexual de crianças e adolescentes e a violência geral, caracterizando um quadro realístico que necessita de urgente intervenção.
- **Exercícios Físicos:** A atividade física tem tido um papel importante na prevenção das doenças crônico degenerativas. Estudo feito no Instituto do Coração - S.P. - mostrou que a inatividade física se associa a 35% das doenças cardiovasculares fatais, 35% dos casos de diabetes e 32% dos óbitos de câncer de colo.
- **Drogas:** Pesquisa do CEBRID mostra que vem aumentando o uso de drogas lícitas e ilícitas entre estudantes de 1º e 2º grau, em 10 capitais brasileiras. Mostra também que 20% destes alunos já experimentaram algum tipo de droga. A análise da tendência de uso freqüente evidencia que solventes, maconha, ansiolíticos anfetamínicos e cocaína são as 5 drogas mais consumidas na população referida.
- **Cuidados com a Pele:** Aumento do número de câncer de pele relacionado a exposição solar. Problemas dermatológico são a 3ª causa de atendimento nas Unidades de Saúde do SUS.
- **Diabetes Infanto-Juvenil:** Incidência de 7,8/1000 na faixa etária de - 7 a 15 anos (estima-se que existam cerca de 300 crianças e jovens diabéticos no Brasil). Esclarecimento sobre alimentação e atividade física, hipo e hiperglicemia, acabar com a discriminação entre professores e alunos sobre a doença e uso de insulina.
- **Pediculose:** Grande incidência nas escolas, especialmente na faixa etária considerada.
- **Dengue:** Devido ao elevado número de casos e ao Plano Diretor de Combate ao Aedes que contempla a participação de escolares nos trabalhos de prevenção e, principalmente, de educação em saúde.
- **Malária:** Programas a serem veiculados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

- **Série "De Bem com a Vida":** Produzido pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, enfoca vários dos aspectos aqui relacionados, como prevenção de doenças, cuidados higiênicos, atenção a sexualidade, entre outros.

Um outro ponto importante a ser lembrado, é que a parceria com o MEC pode propiciar a utilização da rede das TVE, tanto no que se refere à apresentação dos programas, já que são aproximadamente 840 as emissoras retransmissoras dessa programação, quanto à produção de alguns vídeos e filmes, através da Fundação Padre Anchieta, de São Paulo (TV Cultura-SP) e da Fundação Roquete Pinto (TVE - Rio).

Potencial:

- **50 mil escolas**
- **900 mil professores**
- **27 milhões de alunos (crianças e adolescentes)**

Forças:

- **Potencial da TV Escola (rede instalada, nº de pessoas, inclusive os familiares por extensão e classes sociais menos privilegiadas)**
- **Escola como "locus" especial para o desenvolvimento das ações de educação em saúde**
- **Promover a saúde é atribuição do Estado**
- **O MS detém o conhecimento epidemiológico e técnico-científico**
- **Reconhecimento, pelo MEC, da "Educação em Saúde como fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania. Sua inclusão no currículo responde a uma forte demanda social..." (Doc - MEC Parâmetros Curriculares 1997);**
- **Intensidade e aceitabilidade dos programas relativos à saúde, independentemente da participação efetiva do MS.**

Fraquezas:

- **Não institucionalização do Programa e, conseqüente indefinição de recurso**
- **Descrédito do MS no cumprimento dos prazos, financiamento e continuidade das ações**
- **Não comprometimento dos órgãos (federais, estaduais e municipais) com a intersectorialidade de desmotivação dos agentes (escolas, professores e profissionais da área da saúde).**

I.2 - Educação em Saúde para o Trabalhador

Projeto que se pretende realizar em parceria com as confederações patronais e de trabalhadores – CNI, CNC, CNA, CNT e CONTAG, com as centrais sindicais – CUT, CGT e Força Sindical, e sistemas formadores de mão-de-obra – SESI, SENAI, SESC e SEST, para difusão de informações gerais de saúde e programas específicos voltados para a saúde do trabalhador, que enfocarão aspectos relacionados com a segurança dos locais de trabalho, com a segurança e proteção no desempenho das tarefas, prevenção de acidentes e de riscos para a saúde do trabalhador, primeiros socorros em caso de acidentes, doação voluntária de sangue, cuidados no manuseio de máquinas e equipamentos, etc.

Pretende-se utilizar o material produzido para o Futura – Canal do Conhecimento, e produzir novos programas com os respectivos materiais didáticos-instrucionais, para difusão nos ambientes mantidos/operados pelas entidades acima referidas.

Ao se procurar estabelecer a veiculação de temas sobre a prevenção, promoção e cuidados com a saúde, estas entidades e o MS - Programas de Educação e Saúde procurarão disseminar informações básicas sobre a saúde a uma parcela abrangente e representativa da população brasileira, representada por um público - alvo estimado em cerca de 36 milhões de trabalhadores, suas famílias e comunidade em geral.

Mediante os pressupostos acima especificados o MS, através de sua Diretoria de Programas de Educação em Saúde, se propõe a desenvolver uma parceria com as Entidades envolvidas e o Ministério do Trabalho - MTb - para veicular conteúdos básicos da área de Educação em Saúde para o Trabalhador nos espaços disponíveis nas Empresas, nos Centros Sociais e pelo Canal Futura.

Os objetivos principais deste projeto são:

1. Promover reuniões preliminares com a finalidade de dimensionar o acervo sobre Educação em Saúde do Trabalhador, disponíveis nas videotecas das Entidades envolvidas e do MTb e proceder a sua seleção.
2. Coletar cópias dos vídeos selecionados para análise e avaliação técnico-científicas das equipes técnicas do MS.
3. Incluir gradativamente os vídeos avaliados, na programação usual dentro das empresas, centros sociais, cursos de treinamento, etc...
4. Promover gestões junto à Fundação Roberto Marinho para a veiculação dos vídeos selecionados na programação do Canal Futura.
5. Promover a elaboração de material videográfico e impresso sobre os temas selecionados, observando o rigor científico dos conteúdos.
6. Promover, em articulação com o MTb e Entidades, a divulgação, distribuição e veiculação do material.
7. Identificar novos meios e recursos técnicos pedagógicos para a implementação do projeto.
8. Organizar o sistema de acompanhamento e avaliação continuada do Projeto visando o seu aperfeiçoamento.
9. Incluir, quando conveniente e adequado, o material selecionado na grade de programação da Saúde na Escola.

As metas a serem alcançadas pelo projeto Educação em Saúde do Trabalhador, para veiculação durante 3 anos, são:

- a) Capacitação de instrutores das entidades envolvidas para o desenvolvimento da programação, a níveis regionais e locais, nas empresas e centros sociais;
- b) Produzir programas videográficos de 15 minutos, definindo-se a quantidade com os parceiros do projeto;
- c) Produção de 4 Manuais de Instrutores relativos aos programas videográficos, num total de 100 mil exemplares de cada Manual.

Neste contexto, cabe ao:

Ministério da Saúde:

- ✓ Coordenar a execução das estratégias previstas;

- ✓ Selecionar o material, em conjunto com as Entidades Patronais e MTb, preparando-o para veiculação nos espaços disponíveis;
- ✓ Proporcionar condições técnicas para que o material selecionado seja veiculado pelo Canal Futura;
- ✓ Promover a avaliação continuada do Projeto;
- ✓ Selecionar o material e promover sua veiculação através do Saúde na Escola.

Entidades Patronais:

- ✓ Colocar à disposição do Ministério da Saúde o material disponível em suas videotecas;
- ✓ Informar sobre vídeos já confeccionados, disponíveis em entidades similares;
- ✓ Participar da seleção do material avaliado e selecionado pelas áreas científicas do MS, e de sua adequada veiculação;
- ✓ Promover a aquisição de equipamentos (TVs e Vídeos) para empresas e, centros sociais, caso seja necessário;
- ✓ Incluir a apresentação do material escolhido na programação usual de empresas, centros sociais, programas de treinamento e capacitação de mão de obra.

Ministério do Trabalho:

- ✓ Participar de todas as fases do projeto;
- ✓ Colocar à disposição do Projeto o material disponível sobre Educação em Saúde do Trabalhador, nas videotecas central e regionais do MTb;
- ✓ Participar da seleção do material a ser veiculado nas empresas, centros sociais, Canal Futura e Saúde na Escola

Potencial:

- 36 milhões de trabalhadores
- 72 milhões de pessoas das suas famílias
- Usuários de cerca de 1.600 Centros Recreativos existentes no país.

Forças:

- Instalação de TVs, Antena Parabólica, aparelhos de vídeo nos espaços disponíveis, com recursos das Entidades Patronais;
- disponibilização dos espaços para Cursos de Treinamento e apresentação do material selecionado;
- divulgação de temas de prevenção, promoção e cuidados com a saúde com o objetivo de informar o trabalhador sobre a necessidade de manutenção de padrões de vida saudáveis e sobre a utilização cuidadosa dos serviços de saúde.

Fraquezas:

- Descrédito do MS junto às Entidades Patronais;
- Descontinuidade dos Programas de Saúde;
- Não institucionalização dos Programas de Saúde, pelo MS.

I.3 – Canal Futura

Este projeto pretende difundir conhecimentos de saúde, de forma ampla e em linguagem acessível à população em geral, através do Programa Viva Legal, já transmitido diariamente pelo Canal Futura.

Os objetivos do Viva Legal são promover a saúde pública; colocar ao alcance de jovens e adultos cursos completos de condicionamento físico, alimentação balanceada, prevenção de acidentes e primeiros socorros; difundir noções de higiene pessoal e coletiva; apresentar alternativas ao uso de medicamentos químicos para doenças de baixa gravidade; estimular a prática de esportes e atividades físicas; divulgar e multiplicar experiências bem sucedidas de saúde no trabalho e contribuir para a melhoria das condições de vida dos brasileiros.

Segundo a Fundação Roberto Marinho, responsável pela produção do Viva Legal, o programa, *"sem descuidar do rigor necessário à transmissão de informações importantes para a saúde da população, tem uma linguagem jovem e descontraída, buscando em todos os assuntos a alegria da saúde e nunca a tristeza da doença. As informações tem seu rigor e coerência garantidos por consultores recrutados entre os mais renomados especialistas e centros de pesquisa do Brasil, que serão os responsáveis também pela modulação dos cursos veiculados pelo programa"*.

O Futura – Canal do Conhecimento é uma iniciativa das Organizações Globo, totalmente voltada para a cultura e a educação. Este novo canal é supervisionado pela Fundação Roberto Marinho e operado pela Globosat, tendo entrado no ar em 31 de julho de 1997. São 16 horas diárias de programação, transmitidas através de cabos, parabólicas e DTH (miniparabólicas), para todo país, para ser reproduzida, gravada e utilizada nas escolas, empresas, entidades comunitárias e residências.

Para garantir a multiplicação e utilização dos programas, o Futura destina um terço de seu orçamento à ações de mobilização junto a prefeituras municipais, associações comunitárias, sindicatos, cooperativas, escolas e entidades diversas. O público potencial do Futura é de 30 milhões de estudantes de primeiro e segundo grau, 1 milhão e 300 mil professores, 50 milhões de trabalhadores e estudantes de cursos profissionalizantes e 23 milhões de telespectadores que assistem TV através de parabólicas ou assinaturas.

Os parceiros da Fundação Roberto Marinho no Futura, são: Turner Broadcasting System, Fundação Bradesco, Grupo Votorantim, Federação das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP, Confederação Nacional da Indústria - CNI, Confederação Nacional do Transporte – CNT, Rede Brasil Sul de Comunicações, Instituto Ayrton Senna/Compaq, Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro – FIRJAN, Banco Itaú e Fundação Odebrecht.

O papel do Ministério da Saúde ao participar deste projeto, o primeiro de TV Educativa exclusivamente financiado e gerido pela iniciativa privada, seria de garantir a chancela do governo para os conteúdos de saúde.

Além da **associação** da marca "Ministério da Saúde – Governo Federal" a **programas de promoção e prevenção de saúde, o Ministério lucraria com a produção de programas com alto padrão de qualidade e apelo popular**, que poderiam ser difundidos através de outras instituições não cobertas pelo Futura, como hospitais e clínicas e em outros projetos como os de **Mobilização Comunitária e Saúde do Trabalhador**.

Os custos da participação do Ministério da Saúde no Futura estão dimensionados em R\$ 2,2 milhões (dois milhões e duzentos mil reais) para um lote de 110 programas de 15 minutos, com 120 inserções mensais, num total de 660 inserções ao longo do período de exibição do lote.

Potencial:

- 30 milhões de estudantes de 1º e 2º graus
- 01 milhão e 300 mil de professores
- 50 milhões de trabalhadores e estudantes de cursos profissionalizantes
- 23 milhões de telespectadores que assistem TV através de parabólicas ou assinaturas.

Forças:

- Produção será insumo para outros programas de educação em saúde.
- Associação do MS com a qualidade e nível dos programas.
- Credibilidade da rede de transmissão e alto nível de apelo popular.
- Possibilidade de abertura do canal às penitenciárias, associações comunitárias, unidades de saúde, etc.
- Os programas terão 6 veiculações diárias, sem custos de veiculação
- O Futura - Canal do Conhecimento está estabelecendo parcerias com emissoras educativas e comunitárias, ampliando a abrangência de veiculação.
- Viva Legal já está no ar.
- Promover a saúde é atribuição do Estado.
- Chancela do MS através do conhecimento epidemiológico e técnico-científico.

Fraquezas:

- Resistência interna à relação com o setor privado
- Não institucionalização do Programa e, conseqüente indefinição de recursos
- Descrédito do MS
- Atual restrição de veiculação aos assinantes.

I.4 – Movimentos Comunitários

Este projeto não se restringe a divulgação através de meios eletrônicos pois as mais de 200 mil entidades existentes no Brasil, com atuação na mobilização comunitária, podem co-operar, em vários níveis, ações de educação em saúde em conjunto com os organismos oficiais.

São associações de moradores, associações de bairros, organizações não governamentais de vários tamanhos e perfis, sociedades de preservação ambiental, de ecologia, de apoio a doentes, associações de portadores de patologias, etc, que com o estímulo certo, com o material e o treinamento adequados e, em algumas ocasiões, com algum grau de financiamento, podem desenvolver um trabalho que capilarize as mensagens do Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Pela diversidade de abrangência e de localização geográfica as entidades de mobilização comunitária podem se transformar em parceiras tanto para pequenos e específicos programas de educação em saúde, como para grandes campanhas nacionais de comunicação de massas. No momento está em organização um cadastro nacional dessas organizações.

Potencial:

- 200 mil entidades e movimentos de organização comunitária;
- Atuação em mais de 5.000 municípios (85% do total de municípios do país);
- Cerca de 4 milhões de participantes diretos (membros das organizações) e cujas atividades abarcam aproximadamente 120 milhões de pessoas.

Forças:

- Formação de videoteca;
- O MS domina o instrumental técnico;
- Existência de dados epidemiológicos;
- Promover a saúde é atribuição do Estado;
- MS detém o conhecimento epidemiológico e técnico-científico;
- Poder convocatório do MS;
- Facilidade de penetração junto a população;
- Grande amplitude das ações e diversidade nas localizações das ONG's, o que facilita a parceria para programas específicos em localidades determinadas.

Fraquezas:

- Resistência interna aos projetos de educação em saúde e aos trabalhos com as ONG's;
- Não institucionalização do Programa e, conseqüente indefinição de recursos;
- Descrédito do MS;
- Formas de organização das ONG's;
- Supervisão deficiente sobre as ações das ONG's;
- Grande amplitude das ações e diversidade nas localizações das ONG's, o que dificulta a definição da área de ação.

II – Projetos de capacitação de pessoal para ações específicas**II.1 – Humanização do Atendimento**

Ação direcionada, inicialmente, para melhorar a qualidade do atendimento prestado pela rede do SUS nos serviços de emergência, tanto no que se refere aos conteúdos técnicos quanto ao contato dos profissionais, técnicos e auxiliares com a população que demanda esses serviços. Compreende três atividades específicas:

- a. Comunicação Social, dirigida aos trabalhadores do setor e ao público em geral para sensibilização e orientação de todos os envolvidos, promovendo a conscientização dos direitos e deveres de cada um. As mensagens deverão ser bem estruturadas de maneira a não sobrecarregar de responsabilidades nenhum dos dois segmentos participantes, o da oferta e o da demanda dos serviços.
- b. Treinamento e/ou reciclagem dos profissionais que mais diretamente estão na linha de frente do atendimento aos agravos que provocam a busca dos serviços de emergência. Num primeiro momento seriam objeto deste treinamento (apenas para os atendimentos relacionados a situações e casos de emergência) enfermeiros, odontólogos e médicos das especialidades de pediatria, cirurgia geral, gineco-obstetrícia, clínica médica, cardiologia, neurologia e traumatologia-ortopedia. O programa de capacitação seria realizado pelas sociedades científicas das especialidades e associações profissionais, que contariam com o respaldo financeiro do Ministério da Saúde e do Fundo de Amparo ao Trabalhador, FAT, do Ministério do Trabalho.
- c. Treinamento específico para melhorar a qualidade do contato entre o pessoal dos serviços de saúde e a população usuária desses serviços, desde a recepção e busca de informações, por parte do cliente, responsáveis ou familiares, até a saída do paciente. Os empregados e funcionários dos serviços de todos os níveis – profissional, técnico e

auxiliar, e o pessoal das atividades correlatas e de apoio, como os soldados e oficiais dos Corpos de Bombeiros responsáveis pelos serviços de resgate, estariam relacionados para receberem este treinamento. As atividades serão coordenadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que poderão ministrar o treinamento diretamente ou através de terceiros, principalmente associações de classe e sindicatos. Os recursos para a realização do programa podem ser obtidos junto ao FAT e as Secretarias de Trabalho dos Estados.

Esta atividade deve se revestir das características da educação permanente e todos os empregados e funcionários dos serviços de emergência deverão fazer o curso de ATLS, Advanced Trauma Life Support, com duração de dois dias, conforme já é rotina nos hospitais dos Estados Unidos e Canadá.

Potencial:

- o 1000 unidades de saúde com serviços de emergência;
- o 30 mil trabalhadores de saúde a serem treinados;
- o 79 milhões de pessoas a serem beneficiadas;
- o 240 municípios, com mais de 100 mil habitantes, a serem alcançados;
- o Cerca de 200 milhões de procedimentos custeados pelo SUS estarão envolvidos neste programa

Forças:

- o Existência de dados epidemiológicos;
- o Promover a saúde é atribuição do Estado;
- o MS detém o conhecimento epidemiológico e técnico-científico;
- o Poder convocatório do MS;
- o Facilidade de penetração junto a população

Fraquezas:

- o Resistência interna aos projetos de educação em saúde;
- o Não institucionalização do Programa e, conseqüente indefinição de recursos;
- o Descrédito do MS

"Devemos sempre começar pela ignorância do outro e não pelo seu conhecimento".

Herbert Marshall Macluhan

5. Notas

1. O Serviço Especial de Saúde Pública vai originar, na década de 60, a Fundação SESP, que em 1990 é unida a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) para constituírem a Fundação Nacional de Saúde, que recebeu, ainda, parte da DATAPREV (o DATASUS) e das Secretarias de Ações Básicas de Saúde e de Programas Especiais de Saúde, do Ministério da Saúde.

2. O termo tópica, significando teoria dos lugares, pertence desde a Antigüidade grega à linguagem filosófica. Para os Antigos, e em especial para Aristóteles, os lugares constituem rubricas de valor lógico ou retórico, de que são tiradas as premissas da argumentação. Kant também se utilizou do termo ao definir a tópica transcendental como "a determinação pelo juízo do lugar que convém a cada conceito [...] ; ela distinguiria sempre a que faculdade do conhecimento os conceitos pertencem como coisa

própria". Ao se utilizar o termo tópica pretende-se estabelecer que as ações de educação em saúde estão conformadas em sistemas e/ou conceitos com características e funções diferentes mas dispostos em ordem relacional uns aos outros.

3. Aqui considerado como os meios de comunicação de massa, industrializados, que se utilizam da transmissão sonora, como televisão, rádio e cinema. O termo *mass media* já está popularizado (e abasileirado) como mídia.

6. Bibliografia Consultada:

- Backman, C.K. & Secord, P.F.** – Aspectos Psicossociais da Educação – trad. Álvaro Cabral – Zahar Ed. 1971, Rio de Janeiro, RJ.
- Barthes, R.** – Mythologies – Ed. Du Seuil, 1957, Paris, France.
- Berelson, B.** – Who reads book and why? - Saturday Review of Literature, 1951 – New York, USA.
- Brameld, T.B.** – Education as power – mimeo, 1968, New York, USA.
- Brito Bastos, N.C.** – Educação Sanitária: Um Relatório - Semana Médica nº 506, 1969, Rio de Janeiro, RJ.
- Calvino, I.** – Seis Propostas para o Próximo Milênio – Cia. das Letras, 1990, São Paulo, SP.
- Cardoso de Melo, J.A.** – A Prática da Saúde e a Educação, Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP – mimeo, 1976, Campinas, SP.
- Carpenter, E.S.** – El Aula sin Muros: Investigaciones sobre Técnicas de Comunicacion – Editado por Edward Carpenter e Herbert Marshall Macluhan – trad. Luis Carandel, Ed. Laia, 1974, Barcelona, Espanha.
- Chomsky, N.** – La Linguistique Cartésienne – Ed. du Seuil, 1969, Paris, France.
- Eco, U.** – O Nome da Rosa – Ed. Nova Fronteira, 1983, Rio de Janeiro, RJ. O Signo – Ed. Presença, 1977, Lisboa, Portugal.
- Freud, S.** – Esboço de Psicanálise Ed. Standard Brasileira Vol. XXIII – Imago Ed. 1980, Rio de Janeiro, RJ.
- Interpretação dos Sonhos – Ed. SB. vol IV e V – Imago Ed. 1981, Rio de Janeiro, RJ.
- Mal Estar na Civilização – Ed. SB vol XXI – Imago Ed. 1974, Rio de Janeiro, RJ
- Psicopatologia de Grupo e Análise do Ego – Ed. SB vol XVIII – Imago Ed. 1976, Rio de Janeiro, RJ.
- Jakobson, R.** – Two aspects of language and two types of aphasic disturbance, in Fundamentals of Language, 1956 – Gravenhagens.
- Langage Enfantin et Aphasie – Ed. Du Minuit, 1968, Paris, France.
- Lingüística e Comunicação – trad. Isidoro Blikstein e José Paulo Paes, Ed. Cultrix, 1968, São Paulo.
- Lingua, Discurso e Sociedade – Ed. Global, 1983, São Paulo, SP.
- A la Recherche de L'essence du Langage – Revue Diogène nº 51 – Ed. Gallimard, 1965, Paris, France.
- Kant, E.** – Critique de la Raison Pure – Presse Universitaire de France (PUF) – 1944, Paris, France.
- Kneller, G.F.** – Introdução a Filosofia da Educação - Ed. Zahar, 1984, Rio de Janeiro, RJ.
- Lacan, J.** - Écrits I e II – Ed. Du Seuil, 1966, Paris, France
- Lemaire, A.** – Jaques Lacan, Uma Introdução – Ed. Campus, 2ª ed, 1982, Rio de Janeiro, RJ.
- Macluhan, H.M.** – Os Meios de Comunicação como Extensão do Homem – trad. Décio Pignatari, Ed. Cultrix, 1979, São Paulo, SP.
- A Galáxia de Gutemberg: A Formação do Homem Tipográfico – trad. Anísio Teixeira e Leônidas G. de Carvalho, Cia Editora Nacional e Ed. Universidade de São Paulo, 1972, São Paulo, SP.
- & Fiore, Q.** – O Meio são as Mass-agens – trad. Décio Pignatari, Ed. Record, 1969, Rio de Janeiro, RJ.
- Guerra e Paz na Aldeia Global - trad. Ivan Pedro Martins, Ed. Record, 1971, Rio de Janeiro, RJ.
- Mendonça, Geysa F.** – Educação em Saúde, um Processo Participativo - Ministério da Saúde-SNABS/DNES – mimeo 1982, Brasília, DF.

Moles, A.A.- Théorie de l'Information e Perception Esthétique - 1958, PUF – Paris.- As Ciências do Impreciso – Ed. Civilização Brasileira, 1995, Rio de Janeiro, RJ.

Organisation Mondiale de la Santé – Bureau Régionale de L'Europe – L'emploi de la Recherche Operationnelle dans les Services de Santé: Rapport sur un Seminaire – 1971, Copenhagen, Dinamarca.

Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) – Health Promotion: An Anthology - Scientific Publication 557 – PAHO 1996, Washington, DC, USA.

Pereira, M.G. – Epidemiologia Teoria e Prática – Ed. Guanabara Koogan, 1995, Rio de Janeiro, RJ.

Ross, H.S. and Mico, P.R. – Theory and Practice in Health Education - Mayfield Publishing Company - 1ª ed. 1980. Palo Alto, Califórnia, USA.

Sá, Carlos – Higiene e Educação da Saúde - Ministério da Educação e Saúde, 4ª ed. 1952, Rio de Janeiro, RJ.

Saussure, F. – Cours de Linguistique Générale – Payot, 1965 - Paris, France.

Scotney, N. – Educação para a Saúde – trad. Maria Terezinha C. Aflavo, Ed. Paulinas, 1981, São Paulo, SP

[Temas em Debate](#)
[Página da 10ª Conferência Nacional de Saúde](#)
[Home Page](#)

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm#EDUCAÇÃO>