



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**Programa de Mestrado Profissional
Em Saúde e Gestão do Trabalho**

**FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, SOB A PERSPECTIVA
HISTÓRICO-DIALÉTICA, DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COM
ÊNFASE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.**

THAÍS SILVA DE MOURA BARROS

Itajaí

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

THAÍS SILVA DE MOURA BARROS

**FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, SOB A PERSPECTIVA
HISTÓRICO-DIALÉTICA, DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COM
ÊNFASE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Itajaí

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

B278f Barros, Thaís Silva de Moura, 1980 -
Formação de recursos humanos, sob a perspectiva histórico-dialética, das ações de promoção da saúde, com ênfase no processo saúde-doença. [manuscrito] / Thaís Silva de Moura Barros. – Itajaí, 2009.
145, [9] f. : il. (fig., quadr.)

Inclui apêndices.
Referências: p.139-144
Cópia de computador (Printout(s)).
Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC, Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.
“Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo”.

1. Direito à saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Qualificações profissionais. 4. Ensino técnico - Currículos. 1. Cutolo, Luiz Roberto Agea II. Título.

CDU: 614.2

THAÍS SILVA DE MOURA BARROS

**FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, SOB A PERSPECTIVA
HISTÓRICO-DIALÉTICA, DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COM
ÊNFASE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre, e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Itajaí, 01 de Dezembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Universidade do Vale do Itajaí

Prof^a Dr^a. Águeda Lenita Wendhausen
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra as pessoas mais importantes de minha vida:

*À você **Neto Barros**, meu esposo, que não se limitou em apoiar e incentivar meu crescimento profissional, mas participou, vivenciou e realizou junto comigo todas as etapas de minha formação. Meu amor, obrigada pela amizade, companheirismo e cumplicidade com que tem dedicado à minha pessoa durante todos esses 12 anos.*

*À você **Vinicius de Moura Barros**, meu lindo filho, que com apenas 4 anos de idade bravamente encarou, de forma firme e segura, dias e dias distantes deste seio materno que tanto sofreu e clamou por saudades suas!*

O poema de Vinicius de Moraes retrata o que senti quando estava distante:

*“Eu sem você não tenho porque
Porque sem você não sei nem chorar
Sou chama sem luz, jardim sem luar
Luar sem amor, amor sem se dar
Eu sem você sou só desamor
Um barco sem mar, um campo sem flor,
Tristeza que vai, tristeza que vem
Sem você, meu amor, eu não sou ninguém”.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Este é momento em que posso, sinceramente, mencionar os nomes das pessoas que estiverem presentes em minha vida e ajudaram-me a galgar os degraus do conhecimento e crescimento pessoal e profissional.

Meus leais agradecimentos à/ao(s):

Deus, que através de seu filho Jesus Cristo pode oportunizar-me vários ensinamentos, como o amor ao próximo.

Meus pais, **João e Silvia Moura**, que através de seu trabalho árduo puderam reservar aos seus filhos o incentivo aos estudos.

Meu orientador, **Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo**, mentor que, com veemência ímpar e confiabilidade absoluta, instruiu-me e acompanhou-me na concretização desta árdua, porém compensadora tarefa de buscar, na essência do conhecimento, um caminho tenro rumo à arte de transformar informações em poesia. À você Cutolo, minha sincera admiração!

Meu amigo, **Marcos Aurélio Mayama**, pela disposição em compartilhar seu conhecimento e experiência profissional. Marquinhos, sinto-me orgulhosa por ter colegas de profissão como você, que pertence a um Coletivo de Pensamento transformador da Saúde Coletiva.

Participantes da Pesquisa, pela espontaneidade com que se dedicaram à todos os encontros. Colegas, obrigada pelas contribuições que enriqueceram significativamente este estudo.

Professores Doutores, **Águeda Lenita Wendhausen e Rodrigo Otávio Moretti-Pires**, pelo tempo dedicado à apreciação deste trabalho.

Ana Lúcia Leandro de Abreu, coordenadora geral da Escola Técnica Saúde Maria Moreira da Rocha, pelo seu apoio irrestrito à realização das oficinas, sua compreensão com nossos horários de estudos e concentração para realização deste trabalho. Ana, meus cordiais votos de sucesso para a sua vida profissional e pessoal.

Irailton de Lima Souza, Presidente do Instituto de Desenvolvimento da Educação Profissional, pela credibilidade que me atribuiu como profissional para participar do referido curso.

Funcionários da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, por acompanhar, participar e torcer juntamente comigo, em todos os momentos referidos a este curso.

Ministério da Saúde, inicialmente na pessoa de Ena Galvão, que lutou para realização deste mestrado. Em seguida na pessoa de Clarice Aparecida Ferraz e sua equipe: Andréia Oliveira e Tânia Rodrigues e demais componentes que participaram da execução do mesmo. Muito obrigada a todos!

Docentes do Curso de Mestrado, pela transformação realizada em cada um de nós.

Colega do Curso de Mestrado, pelo carinho e amizade construída que nos envolveu durante esses 2 anos.

Andréia Vasconcelos e Vânia Lima, minhas amigas, colegas de estudo e companheiras de viagem. Andréia e Vânia, a amizade sincera é um abrigo seguro, e foi assim que me senti ao lado de vocês. É por isso, que ao término deste curso, utilizo o poema “Mãos Dadas” de Carlos Drummond de Andrade: *“O presente é tão grande, não nos afastemos. Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas”*.

Minhas amigas de orientação, **Luise Ludke e Cláudia Humpherts**, pelo companheirismo exercido por nós durante toda a nossa caminhada. Luise, Cláudia desejo sucesso!

Professor Frei Carlos de Paula, pelas constantes conversas e troca de idéias sobre Sociologia.

O Infinito

Marcado simbolicamente pela figura de um oito assentado.

Um oito que ao acamar-se, não deseja serenar, mas sim avançar a frente, de forma mais célere e imutável, rompendo barreiras.

Infinito é a força que nos leva a lutar, a persistir.

Infinito, é o elo que nos une numa grande jogada do fadário.

Infinitos são os passos que damos nessa vida cheia de mazelas, mas repleta de panacéias.

Infinitos são os projetos e aspirações delineados por nós em nosso árduo, mas compensador processo de evolução.

Infinitos são os amigos que fazemos, as pessoas que temos o prazer de conhecer.

Infinitos são as querelas que ardorosamente travamos em nosso cotidiano.

Infinitas são as razões.

Infinitos são os motivos.

Infinita é a certeza de que nada sabemos.

Contudo...

Infinita é nossa sede de saber.

Infinita é a vida, pois nossa alma é imortal.

Buscar o infinito, não é percorrer atrás de algo e não chegar a nada.

Esquadrinhar o infinito tão infindo, ilimitado, interminável é...

Galgar, cada vez mais a longa estrada da sabedoria, deixando pra trás uma existência cheia de frutos que seguramente alimentarão alguém em algum dia.

Busquemos incansavelmente o infinito, pois lá...

Nos depararemos com Deus.

Neto Barros

BARROS, Thaís Silva de Moura. **Formação de recursos humanos em uma perspectiva histórico-dialética sobre as ações de promoção da saúde, com ênfase no processo saúde-doença.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí –UNIVALI, Itajaí (SC), 2009.

RESUMO

A Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSMMR) enquanto instituição formadora de profissionais da área da saúde vem desenvolvendo práticas curriculares alicerçados em modelos hegemônicos baseados em uma abordagem biologicista, fragmentado, hospitalocêntrico e medicalizante; características opostas ao Sistema Único de Saúde, que contempla uma proposta baseada na integralidade da atenção, conceito ampliado de saúde e intersetorialidade. Partindo do pressuposto de que a forma de conceber o processo saúde-doença determina as ações de saúde, conclui-se a premissa que o modelo de formação flexneriano privilegia o desenvolvimento de ações de recuperação e reabilitação em detrimento da Promoção da Saúde. Portanto, com o objetivo de desenvolver práticas curriculares de Promoção de Saúde, alicerçadas no conceito ampliado de Saúde e exercer um modelo de formação integral, foi realizada uma pesquisa qualitativa dividida em dois momentos: I. Análise Documental dos Planos de Cursos da Escola; II. Oficinas com profissionais formadores. Este estudo contribuirá para reorganização da formação profissional da ETSMMR, pois apresenta como resultado algumas sínteses propositivas como: a. Integralidade como concepção do Processo Saúde-Doença; b. Modelo de Formação alicerçado na Integralidade; c. Desenvolvimento de Matrizes Curriculares, sobre Concepção do Processo Saúde-Doença e Ações de Promoção da Saúde, baseadas no conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave : Promoção da Saúde. Processo Saúde-Doença. Currículo.

BARROS, Thaís Silva de Moura. **Training of human resources within a historical-dialectic perspective of health promotion actions, emphasizing the health-disease process.** Dissertation (Master's Degree in Health and Management of Work) - University of Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí (SC), 2009.

ABSTRACT

The Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSMMR), an institution that qualifies professionals in the area of health, has been developing curricular practices based on hegemonic models, with a biological, fragmented, hospital-centred and medicine-based approach, characteristics that are in direct contrast to the guidelines of the Brazilian Health System (SUS), which propose a holistic healthcare, in a wider health concept, with an inter-sector focus. Based on the premise that the way the health-disease process is conceived determines the health actions carried out, it is concluded that Flexner's training model favours the development of actions for recovery and rehabilitation over those of Health Promotion. Therefore, in order to develop curricular practices for Health Promotion, based on a wider concept of Health, and achieve a model of holistic training, a qualitative study was carried out, in two phases: I. Document Analysis of the School Course Curricula; and II Focal Groups with professional trainers. This study seeks to contribute to the reorganization of professional training at the ETSMMR, presenting, by way of results, some proposals such as: a. Integrality as the concept of the Health-Disease Process; b. A Training Model based on integrality; c. Development of Curricular Matrices, based on the Concept of the Health-Disease Process and Actions of Health Promotion, based on a wider concept of health.

Key words: Health Promotion. Health-Disease Process. Curriculum.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Relação das Áreas de Saúde e os respectivos cursos ofertados pela ETSMMR	19
Quadro 02	Principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo da Reforma Sanitária	22
Quadro 03	Correlação entre a Teoria Saúde-Doença e as Ações de Saúde	42
Quadro 04	Comparação entre temas contidos no conceito de Saúde-Doença vinculados ao Funcionalismo e ao Materialismo Histórico e Dialético	55
Quadro 05	Modelo da História Natural das Doenças	58
Quadro 06	Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença	58
Quadro 07	Concepções de saúde e diferentes visões de Promoção da Saúde	64
Quadro 08	Definição dos Conceitos Competência, Conhecimento, Habilidades e Atitudes	69
Quadro 09	Recursos Humanos da ETSMMR	70
Quadro 10	Infra-estrutura da ETSMMR	71
Quadro 11	Codificação dos Participantes da Pesquisa	75
Quadro 12	Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção	85
Quadro 13	Classificação de Educação em Saúde e suas correlações com a concepção saúde-doença e as ações de saúde	90
Quadro 14	Concepção do Grupo A sobre Saúde	108
Quadro 15	Concepção do Grupo B sobre Saúde	109
Quadro 16	Matriz curricular sob o currículo por competências sobre o Processo Saúde-Doença	126
Quadro 17	Matriz Curricular sob o currículo por competências sobre Promoção de Saúde	127
Quadro 18	Proposição de Matriz curricular sob o currículo por competências sobre o Processo Saúde-Doença e Modelo de Formação	135
Quadro 19	Proposição de Matriz Curricular sob o currículo por competências sobre Promoção de Saúde	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Mapa do Acre	15
Figura 02	Interação entre os elementos da educação em saúde	18
Figura 03	Processo de Transformação sob a perspectiva de 2ª Lei da Dialética	21
Figura 04	Esquema de apresentação da Teoria Unicausal	32
Figura 05	Características do Modelo Flexneriano	35
Figura 06	Modelo da Tríade Ecológica	39
Figura 07	Espectro do sentido na palavra Integralidade	41
Figura 08	Características das Práticas Funcionalistas	50
Figura 09	Momentos da Pesquisa Qualitativa	69
Figura 10	Composição da Competência	70
Figura 11	Arco de Maguerez	74
Figura 12	Organização Curricular do Curso Técnico em Higiene Dental	81
Figura 13	Modelo de relação causal do processo saúde-doença	87
Figura 14	Organização Curricular do Curso Técnico em Enfermagem	88
Figura 15	Organização Curricular do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde	97
Figura 16	Apresentação das Oficinas e seus respectivos passos.	98
Figura 17	Questionamentos realizados aos participantes	112

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 01	
CONCEPÇÕES SAÚDE-DOENÇA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS MODELOS DE FORMAÇÃO: UMA MUDANÇA DE ESTILO DE PENSAMENTO	24
1.1 AS INTERPRETAÇÕES MÁGICO-RELIGIOSA	24
1.2 A MEDICINA HIPOCRÁTICA	25
1.3 A MEDICINA RELIGIOSA NA IDADE MÉDIA	26
1.4 O RENASCIMENTO E A TEORIA MIASMÁTICA	28
1.5 O ILUMINISMO E A VISÃO HIGIENISTA	28
1.6 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL E A VISÃO SOCIAL	30
1.7 A VISÃO BIOLÓGICA E O MODELO FLEXNERIANO	31
1.7.1 Modelo de Formação Flexneriano	33
1.8 A VISÃO MULTICAUSAL E O MODELO DE FORMAÇÃO PREVENTIVISTA	38
1.8.1 Modelo de Formação Preventivista	39
1.9 A VISÃO INTEGRAL E O MODELO DE FORMAÇÃO INTEGRAL	41
1.9.1 Modelo de Formação Integral	43
CAPÍTULO 02	
A CORRELAÇÃO ENTRE AS CORRENTES FILOSÓFICAS E OS MODELOS DE FORMAÇÃO	45
2.1 DO PENSAMENTO MÍTICO AO DIALÉTICO	45
2.2 O POSITIVISMO E O MODELO DE FORMAÇÃO FLEXNERIANO E PREVENTIVISTA	46
2.3 A DIALÉTICA E O MODELO DE FORMAÇÃO INTEGRAL	50
CAPÍTULO 03	
PROMOÇÃO DA SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E SUA RELAÇÃO COM AS CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE-DOENÇA	56
3.1 LEAVELL & CLARK	57
3.2 INFORME LALONDE	59
3.3. CARTA DE OTTAWA E CONFERÊNCIAS	61
3.4 A TRANSFORMAÇÃO DO FENÔMENO “PROMOÇÃO DA SAÚDE”	62

CAPÍTULO 04	
PERCURSO METODOLÓGICO	68
4.1 LOCAL DA PESQUISA	69
4.2 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA: ANÁLISE DOCUMENTAL	71
4.3 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA: OFICINAS	72
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA	74
4.5 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO	75
CAPÍTULO 05	
A ESCOLA TÉCNICA EM SAÚDE E AS CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE-DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	76
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL E SEUS RESULTADOS	76
5.1.1 O Curso Técnico em Higiene Dental e seu Respectivo Plano De Curso	76
5.1.2 O Curso Técnico em Enfermagem e seu Respectivo Plano De Curso	85
5.1.3 O Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu Respectivo Plano De Curso	95
5.2 GRUPO FOCAL E SEUS RESULTADOS	98
5.2.1 Oficina I: Apresentação do projeto de pesquisa e observação da realidade	99
5.2.2 Oficina II: Observação da realidade e levantamento de pontos-chave	110
5.2.3 Oficina III: Teorização	121
5.2.4 Oficina IV: Elaboração da hipótese de solução	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA SÍNTESE PROPOSITIVA	129
REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS	139
APÊNDICES	145

INTRODUÇÃO

Natural de Rio Branco-Acre, e como demais outros acreanos, exerci minha vida acadêmica distante de meu Estado e das benesses que me circundavam. Ao final de 2002 recebi o Grau de Bacharel em Odontologia pela Universidade Bandeirante de São Paulo. Após a conclusão do curso regressei à minha terra natal por acreditar em poder contribuir para a melhoria da Saúde de meu Estado, haja vista que naquela época, havia carência de profissionais, pela ausência de faculdades nesta área.

O consultório particular, desde 2004, incide no local onde desempenho habilidades técnicas e peculiares, ensejo este que impulsionou-me à realização e certificação em Implantodontia- *lato sensu*, na Associação Brasileira de Odontologia do Estado de Rondônia.

Neste íterim adveio minha admissão no concurso para provimento do cargo de Cirurgiã-Dentista do serviço público municipal, o que *à posteriori*, possibilitou-me ingressar na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSMMR).

Referida Escola, com sede em Rio Branco-Acre, consiste em uma Unidade Descentralizada do Instituto de Desenvolvimento de Educação Profissional Dom Moacyr (IDEP), sendo este último, uma autarquia criada com o escopo de Promover o Desenvolvimento da Educação Profissional em Nível Técnico para o Estado do Acre.

A ETSMMR legitima-se como Instituição de Ensino apta a formar profissionais Auxiliares e Técnicos necessários ao Serviço de Saúde do Estado, e compõe deste modo, à Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS). Esta última é coordenada pela “Secretaria de Gestão e Educação na Saúde” do Ministério da Saúde.

A ETSMMR possui a característica de desenvolver cursos nos 22 municípios do Estado, inclusive em locais longínquos como Jordão e Santa Rosa, onde o acesso ocorre pelo transporte aéreo fretado ou fluvial.

Neste contexto, o Acre, fronteira mais à oeste do Brasil, cuja capital é Rio Branco, encontra-se situado no sudoeste da Região Norte, tendo como limites os Estados do Amazonas ao norte e Rondônia ao leste; e os países, Bolívia ao sudeste e Peru ao sul e oeste, ocupando uma área de 152.581,4 km², conforme figura 01.



Figura 01: Mapa do Acre

Minha inclusão nesta Escola, como coordenadora da área técnica de Odontologia, proporcionou-me o alcance de conhecimentos e experiências que o curso de bacharelado em Odontologia não oportunizou. O trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a gestão, a condição sócio-econômica do Estado e do País, a articulação política, todos esses âmbitos, que na área clínica eram quase inexistentes, constituíram meus novos desafios.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representava para mim até então, condição *sine qua non* para o exercício profissional das atividades curativas e preventivas com o fito de minimizar os índices das doenças em exclusividade.

Todavia, o Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, curso promovido pelo Ministério da Saúde a membros da RETSUS e Secretarias Estaduais de Saúde, despertou-me para a transformação de uma concepção *sui generis* do conceito da Saúde Coletiva.

Foram as disciplinas que, ao discorrerem sobre o aspecto social e histórico da saúde e da doença, proporcionaram reflexões à respeito do meu perfil profissional formado a partir de uma concepção biomédica. Concepção esta, que realçava as mazelas e suas possíveis panacéias, como capazes de solucionar os problemas do homem.

E assim, como atriz social do processo de formação de pessoas (através da elaboração de plano de curso, material didático, planejamento de aulas práticas e

demais atividades), reproduzia o modelo biomédico assegurando ser esse, o basilar foco de formação.

Esse referido modelo está associado à corrente filosófica **Positivista**, que detêm algumas características específicas, como:

I. A concepção saúde-doença consistia em um fenômeno apenas biológico individual, a valorização estava centrada apenas na tecnologia e capacidade absoluta da medicina de erradicar as doenças (MINAYO, 1993);

II. A saúde e/ou a doença é compreendida como estado, isto é, compartimentalizada e/ou fragmentada, sendo desconsiderada a influência de qualquer determinante social, o que resulta na predominância de ações de saúde relativas à cura das doenças- reabilitação;

III. Impulsiona à utilização de métodos de pesquisa de análise estatística - tais como amostragem, escala, métodos de análise de dados- como consequência da premissa positivista que afirma que o objeto de estudo deve ser livre de juízo de valor. Desta forma, nesta corrente acredita-se que apenas os dados numéricos são capazes de representar os acontecimentos e/ou fenômenos, sendo desconsideradas as posições sociais, os valores morais, as visões de mundo (MINAYO,1993; LEMOS FILHO, 2008);

IV. A sociedade humana é regida por leis naturais, sendo estas leis invariáveis e independentes da ação humana, desconsiderando o fator cultural e sócio-histórico do indivíduo (LEMOS FILHO, 2008).

O Mestrado incitou-me para o aprofundamento de conhecimentos no campo da Sociologia. Isto possibilitou uma ampliação de minha compreensão dos fenômenos e dos sistemas sociais, fazendo-me evadir de uma visão individualizada e reducionista com ênfase nas ciências biológicas, para agregar a uma relevante incorporação e valorização das ciências humanas, sobretudo nas ciências sociais.

As discussões sobre Epistemologia introduzidas pelo Prof. Dr. Cutolo, e compartilhadas com alguns colegas impulsionaram o início de uma transformação em meu discurso, introduzindo um novo Estilo de Pensamento, principalmente nas práticas curriculares que participo. Cutolo (2001) entende Estilo de Pensamento como modos de ver, entender e conceber, que levam a um corpo de conhecimentos e práticas compartilhados por um coletivo com formação específica.

A **Dialética** consiste no modelo de processo de conhecimento que preferi adotar, e conseqüentemente como visão de mundo. Contrariamente ao positivismo

que buscava as leis invariáveis da estrutura social para conservá-la, a lógica dialética parte do princípio da contradição, segundo o qual, a realidade é essencialmente processo, mudança, devir (EGRY, 2006).

Nesta perspectiva, a transformação é explicada pela compreensão da realidade a partir do conflito e da contradição, e apresenta algumas características como:

- I. A concepção saúde-doença é determinada historicamente, pela forma de inserção social do homem na sociedade;
- II. A saúde e o adoecimento são entendidos como processo, pois o conceito de totalidade é utilizado na dialética como forma de compreender os fenômenos como um todo;
- III. A totalidade define a predominância de todas as ações em saúde-promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação;
- IV. Toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica (MINAYO, 1993);
- V. O homem é um ser histórico, ou seja, determinado pelo espaço, época histórica em que vive.

Uma vez realizada a coerção de pensamento para este novo Estilo de Pensamento fui capaz de discernir e conceber, de outra maneira, o meu processo de trabalho, isto é, a formação de recursos humanos. Destarte, concluo que há uma relação dialética-interacionista entre os seguintes elementos da educação em saúde: a. Ações em Saúde; b. Concepção Saúde-Doença; c. Modelo de Formação; d. Corrente Filosófica; conforme figura 02.

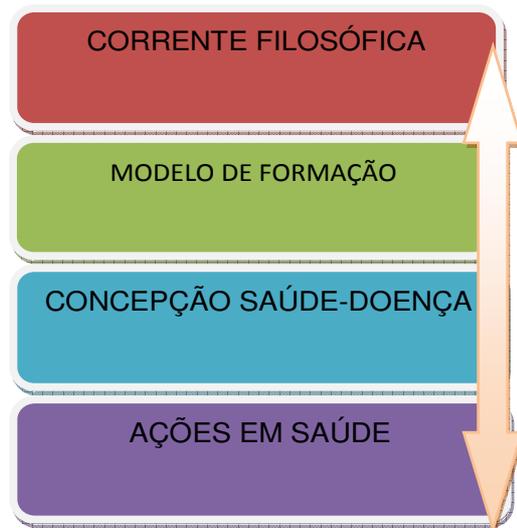


Figura 02 - Interação entre os elementos da educação em saúde

A figura 02 demonstra uma relação dialética entre os elementos da educação em saúde. Estes elementos interagem entre si, tanto ascendentemente como descendentemente, pois o modo de ver e conceber um elemento influencia o modo de ver e conceber o elemento subsequente.

Assim, o Estilo de Pensamento adotado por determinada corrente filosófica fornece características específicas que compõem um modelo de formação, e por sua vez, este modelo propõe subsídios sobre a concepção de saúde, a qual aponta para a execução de ações de saúde como consequência do modo de ver saúde.

Ao observar as áreas de atuação da ETSMMR, descritas no quadro 01, observei que, de forma geral, os currículos da referida Escola privilegiam as ações de recuperação e reabilitação em saúde. Desse modo, as ações de Promoção de Saúde são atividades subestimadas, ou ainda realizadas diferentemente dos conceitos contemporâneos. Este cenário preponderante de ações biológicas é reflexo do Modelo de Formação Flexneriano, que será descrito posteriormente.

Áreas da Saúde	Cursos
Agente Comunitário de Saúde	Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde
Agente Indígena de Saúde	Curso de Formação Inicial e Continuada em Agente Indígena de Saúde
Análises Clínicas	Curso Técnico em Análises Clínicas
Cuidador de Idosos	Curso de Formação Inicial e Continuada de Cuidador de Idosos
Enfermagem	Curso Técnico em Enfermagem
Radiologia	Curso Técnico em Radiologia
Nutrição	Curso Técnico em Nutrição
Odontologia	Curso Técnico em Higiene Dental Curso Auxiliar de Consultório Dentário
Vigilância em Saúde	Curso Técnico em Vigilância em Saúde

Quadro 01: Relação das Áreas de Saúde e os respectivos cursos ofertados pela ETSMMR

Esta temática propiciou-me uma reflexão sobre a elaboração e execução das práticas curriculares realizadas no meu ambiente de trabalho, e decidi então, desenvolver uma dissertação a partir do seguinte objetivo:

Desenvolver práticas curriculares de Promoção da Saúde alicerçadas no conceito ampliado de Saúde, exercendo um Modelo de Formação baseado na Integralidade em detrimento de um Modelo Biomédico.

Meus **pressupostos** são os seguintes:

- a. **Toda ação em saúde é conseqüente a uma concepção de saúde;**
- b. **Promoção da Saúde é uma ação de saúde;**
- c. **Promoção da Saúde encerra uma concepção de Saúde.**
- d. **Os profissionais têm uma concepção do Processo Saúde-Doença voltada para Teoria da Multicausalidade, consolidada na década de 60, descrevendo três fatores que intervêm no aparecimento da doença: o agente, hospedeiro e o meio ambiente (FONSECA, EGRY, BERTOLOZZI, 2006);**
- e. **Há também uma forte influência do Relatório Flexner na construção curricular, observando-se as seguintes características: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa e concentração de recursos (KOIFMAN, 2001; MENDES, 1985 apud TOGNOLI, 2006);**
- f. **A ordenação de recursos humanos para a área da Saúde consiste em uma responsabilidade do Estado, e portanto, este deve interferir na respectiva formação, a qual deve estar em coerência com as**

diretrizes constitucionais da saúde (CECCIM; FEUERWERKWER, 2004).

A pergunta-problema desta pesquisa é a seguinte:

Qual a concepção do Processo Saúde-Doença e de Promoção da Saúde apresentada pelas práticas curriculares e pelos profissionais formadores da ETSMMR? Que ações são desenvolvidas como Promoção da Saúde?

Esta dissertação é justificada, portanto, pela contradição que a Escola Técnica, enquanto instituição formadora apresenta entre a execução de práticas curriculares, isto é, ao seu modelo de formação e o modelo de atenção do sistema de saúde vigente.

O modelo de formação está voltado para uma visão hegemônica da saúde, na qual Lefevre & Lefevre (2007) afirmam que a saúde equivale à busca da cura ou prevenção da doença pela via das tecnologias de intervenção nos corpos e mentes ou nos agentes causadores. Conseqüentemente, este modelo proporciona um perfil profissional que está vinculado à concepção exclusivamente biológica do fenômeno saúde-doença, ao predomínio exclusivo de ações de recuperação e reabilitação em saúde, e a realização de ações preventivas denominadas como Promoção de Saúde.

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde deve contemplar uma proposta de reorganização do modelo de atenção diametralmente oposta à formação hegemônica, que consiste no princípio da Integralidade, conforme inciso II do artigo 198 da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

Por conseguinte, a formação e a prática profissional compreendem polaridades de uma relação dialética, pois ao aplicá-las na primeira Lei da Dialética- **Lei da Unidade e Luta dos Contrários**- ambas consistem em uma unidade, ou seja, uma é dependente da outra, e ao mesmo tempo, representam uma relação de oposição, onde a formação do profissional está pautada no Modelo Biomédico, e a prática exige um profissional alicerçado na integralidade. Essa lei ressalta que a contradição é resultante da relação entre dois pólos contrários, sendo a característica fundamental que um lado inexista sem o outro (EGRY, 1996). Concordo com a citação de Gadotti (1983 apud EGRY, 1996, p.41):

[...] A transformação das coisas só é possível porque no seu próprio interior coexistem forças opostas tendendo simultaneamente à

unidade inerente a todas as coisas materiais e espirituais. A contradição é a essência.

O processo de implementação do Programa Saúde da Família (PSF) através da Atenção Primária em Saúde é considerado em uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais. Assim, este programa consiste em um dos elementos da segunda Lei da Dialética- **Lei da Passagem da Quantidade para Qualidade**- caracterizando uma política pública com concepções de universalidade, equidade e integralidade. Esta lei explora o caráter e as formas de desenvolvimento e permite revelar tanto as vias de aparecimento do novo como a substituição do velho pelo novo (EGRY, 1996). De acordo com Cheptulin (1982 apud EGRY, 1996, p. 41) “As transformações existem primeiro em quantidade (evolução) e preparam-se para as transformações qualitativas (salto qualitativo)”, conforme figura 03.

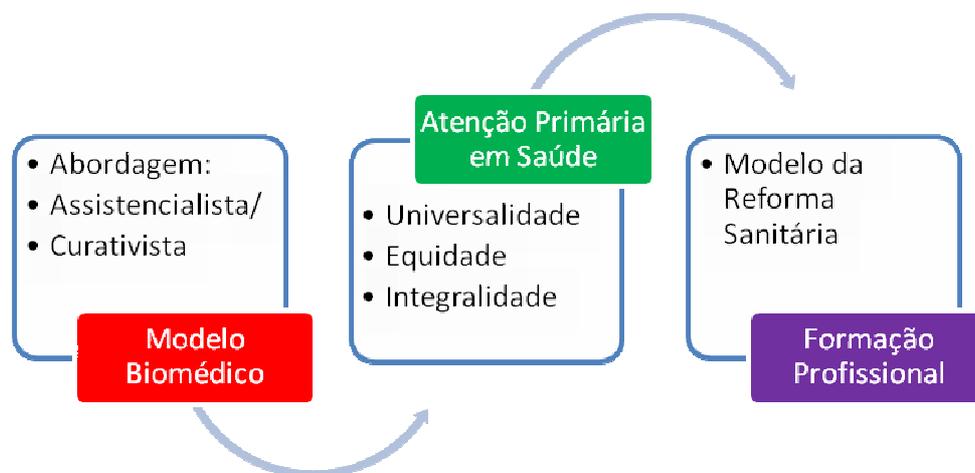


Figura 03- Processo de Transformação sob a perspectiva de 2ª Lei da Dialética

Ao aplicar a terceira Lei da Dialética- **Lei da Negação da Negação**- observa-se que deve haver uma superação, isto é, uma mudança de Estilo de Pensamento do Modelo Biomédico para o Modelo Integral, extrapolando os limites do modelo biologicista que engendra o conceito de saúde como contrário de doença, e de doença como contrário de saúde (CUTOLO, 2006b). Esta lei explica que ao negar os aspectos da realidade objetiva anterior- Modelo Biomédico, com a obtenção de uma nova qualidade- Modelo Integral, a qualidade anterior é negada, mas não

“aniquilada”, porque não desaparece sem deixar marcas, pelo contrário, nessa negação o resultado positivo anterior é preservado no desenvolvimento subsequente (EGRY, 1996).

O quadro 02 apresenta as principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo da Reforma Sanitária, contendo este último, a integralidade como eixo norteador da formação.

MODELO	BIOMÉDICO	REFORMA SANITÁRIA
Concepção Saúde-Doença	Biologicista	Biologicista, Higienista, Preventivista, Social
Ação	Recuperação e Reabilitação	Recuperação, reabilitação, proteção, promoção, prevenção
Princípio	Fragmentação	Integralidade
Lócus	Hospital, Policlínica	Hospital, Unidades Básicas de Saúde, unidade Saúde da Família, Comunidade, Creches, Asilos, Associações.
População	Objeto (não participa)	Sujeito (participação popular)
Usuário	Paciente	Paciente-cidadão
Decisões	Centralizadas	Localizadas
Acesso	Restrito	Universal
Profissional	Médico	Equipe de saúde (interdisciplinar)
Responsabilidade	Cura do doente	Também, mas melhoria das condições sanitárias.

Quadro 02: Principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo da Reforma Sanitária
Fonte: Cutolo, 2006b.

Assim, esta pesquisa parte da premissa de que a concepção biológica e suas conseqüentes ações de recuperação e reabilitação não devem ser negadas, mas sim ampliadas para uma visão integral do fenômeno saúde-doença e suas conseqüentes práticas subsidiadas nas Ações Integradas em Saúde (AIS), que são: promoção, proteção, recuperação, reabilitação e recuperação (CUTOLO, 2001).

É necessário, portanto, uma mudança nas práticas curriculares, pois a oferta educacional deve ser compatível com o contexto dos novos paradigmas em saúde (CUTOLO; CESA, 2003). A inserção de profissionais capazes de realizar práticas curriculares de Promoção da Saúde, com uma visão integradora da concepção saúde-doença é condição *sine qua non* para o funcionamento efetivo e eficaz do Sistema Único de Saúde.

Os órgãos formadores devem modificar a ótica hegemônica que tem sido normatizada nos cursos relativos à área de saúde, pois estes são responsáveis pelo perfil profissional dos atores que atuam no campo da saúde (LEFREVE; CORNETTA, 2004). A visão de saúde e da relação saúde-doença deve ser compreendida a partir de uma perspectiva dialética, superando um paradigma que tem o doente-consumidor como objeto de produção da saúde, reproduzido por uma sociedade produtiva, na qual é preciso que não esteja havendo ou que possa não estar havendo saúde, ou que esteja havendo ou possa estar havendo doença (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007).

O desenvolvimento da dissertação ocorreu da seguinte forma:

- a. No capítulo 01: revisão da literatura sobre a evolução histórica do processo saúde-doença, e seus correspondentes modelos de formação;
- b. No capítulo 02: desenvolvimento do sistema conceitual sobre as correntes filosóficas de pensamento, e suas correlações com o modelo de formação e processo saúde-doença;
- c. No capítulo 03: sistema conceitual sobre a evolução histórica da Promoção da Saúde de acordo com a sua correspondente visão interpretativa do processo saúde-doença.
- d. No capítulo 04: desenvolvimento do percurso metodológico utilizado na pesquisa;
- e. No capítulo 05: a análise documental dos Planos de Cursos de Enfermagem, Odontologia e Agente Comunitário de Saúde e análise de discurso das oficinas realizadas.
- f. No último capítulo: sínteses dos resultados e proposições de transformações para a instituição- ETSMMR.

CAPÍTULO 01

CONCEPÇÕES SAÚDE-DOENÇA E SUAS CORRELAÇÕES COM OS MODELOS DE FORMAÇÃO: UMA MUDANÇA DE ESTILO DE PENSAMENTO

Este capítulo tem o propósito de revelar as características essenciais do processo saúde-doença desde a antiguidade até a atualidade.

Além disso, o mesmo irá correlacionar os modelos de formação em saúde, de acordo com sua introdução na história, com seus correspondentes modo de ver e conceber saúde. Como dito anteriormente, o modelo de formação e a concepção saúde-doença contemplam uma relação dialética-interacionista, onde um depende e influencia o outro.

Assim, como protagonista do processo de educação profissional, opto por dissertar que a instituição formadora proporciona aos educandos e profissionais colaboradores para esta formação, o modo de ver saúde-doença de acordo com o Modelo de Formação selecionado, e que está implícito nos seus planos de cursos.

Por sua vez, as ações em saúde, resultantes deste processo, são desenvolvidas durante as práticas curriculares de acordo com o Estilo de Pensamento adotado.

Por motivo de concisão e clareza, as concepções saúde-doença estão divididas em seu contexto sócio-histórico, que suscitaram margem para as diferentes acepções de seus correspondentes modelos de formação.

1.1 AS INTERPRETAÇÕES MÁGICO-RELIGIOSA

A saúde a doença acompanham a humanidade desde seus primórdios, e como os demais fenômenos sociais sua evolução conceitual está vinculada ao desenvolvimento histórico, político e econômico das sociedades.

Na constituição das sociedades primitivas, onde a caça consistia na sobrevivência do homem, os incômodos que não eram provenientes das atividades rotineiras, como cortes e quedas, eram explanados pela ação sobrenatural de deuses ou demônios e espíritos malignos (BATISTELLA, 2007).

Canguilhem (1978) apud Oliveira & Egry (2000) afirmou que predominava na Antigüidade, especialmente entre os assírios, egípcios, caldeus e hebreus, a concepção ontológica que

[...] atribuía à enfermidade um estatuto de causa única e de entidade, sempre externa ao ser humano e com existência própria - um mal, sendo o doente, o ser humano ao qual essa entidade-malefício se agregou: o corpo humano é tomado com receptáculo de um elemento natural ou espírito sobrenatural que, invadindo-o, produz a 'doença'; sem haver qualquer participação ou controle desse organismo no processo de causação (p.10)

Os líderes espirituais: sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeadas e curandeiros na África, que ao se conectarem com o sobrenatural e as forças da natureza, praticavam a cura nos indivíduos afetados. Para tal, utilizavam-se de danças, cânticos, calor, defumação, restrições dietéticas, indução à vômitos, entre outros recursos terapêuticos (SCLIAR, 2002).

Os problemas de saúde se exacerbaram com o advento do plantio, o que propiciou ao homem a morada fixa e originou a formação dos povoados. A domesticação dos animais proporcionou ao homem o aparecimento de novas doenças, como por exemplo, a varíola e tuberculose que migraram do gado (BATISTELLA, 2007).

À medida que as diferentes civilizações se desenvolveram e se consolidaram, outras percepções foram elaboradas como formas de arcar com os problemas. Surge então, a medicina hipocrática.

1.2 A MEDICINA HIPOCRÁTICA

Rosen (1994) relata que os médicos gregos eram também filósofos naturais, desenvolvendo concepções e explicações naturalistas acerca da doença.

O apogeu da civilização grega expressou a associação conceitual da causalidade dos fenômenos da saúde e doenças à explicações racionais, e o sobrenatural teve o seu espaço submergido (CUTOLO,2006a).

Os médicos já atuavam na preservação da harmonia entre os elementos constituintes do corpo humano. A relação com o ambiente é característica da compreensão hipocrática, como exemplo, a observação das funções do organismo e suas relações com o meio natural- periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio, e social -trabalho, moradia, posição social (BATISTELLA, 2007).

Hipócrates, médico grego, utilizou-se da observação da natureza para estabelecer a teoria que entende a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio. Desta forma, concebia a doença como o

desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra (BATISTELLA, 2007).

O mesmo autor menciona que o diagnóstico hipocrático seguia da exploração do corpo (ausculta e manipulação sensorial); conversa com o paciente (anamnese); entendimento sobre o problema (o raciocínio diagnóstico); e estabelecimento de procedimentos terapêuticos ou ações indicadas para as queixas mencionadas (prognóstico).

O Império Romano aderiu às concepções hipocráticas, sendo difundidas principalmente por Galeno. Este utilizou as manobras médicas gregas, e realizou auscultação do pulso do imperador Marco Aurélio e indicou a terapêutica correta. Marco Aurélio disseminou que Galeno era o único médico e homem honesto, pois os outros eram invejosos, maus e ávidos por dinheiro (ROCHA, 1994 apud MARQUES, 2005).

Em 476 d.C acontece à queda do Império Romano, o que marca o fim da Antiguidade e o início da Idade Média. A expansão e o fortalecimento da Igreja Católica são talhes marcantes neste novo período da história, influenciando inclusive, sobre as ações de saúde.

1.3 A MEDICINA RELIGIOSA NA IDADE MÉDIA

A ascensão do regime feudal marca a Idade Média. Os servos eram obrigados a prestar serviços ao seu senhor e pagar-lhe diversos tributos como permuta para permissão de uso das terras e proteção militar (OLIVEIRA, 1985 apud MARQUES, 2005).

A instância ideológica dominante consistia na Igreja Católica, a qual determinava sobre a regulação da sociedade, inclusive sobre as concepções de saúde e doença. Afirmava que as doenças eram oriundas de um castigo de Deus, o que implicou na realização de rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos como práticas médicas realizadas nos mosteiros (BATISTELLA, 2007).

Assim, as conquistas advindas da Grécia e Roma Antiga, como saneamento e racionalidade nas inferências causais, foram abandonadas neste período (ROSEN, 1994 apud CUTOLO, 2006a).

Inúmeras mazelas assolaram a população nesta época. A lepra e a peste bulbônica revelaram-se como pragas extremamente preocupantes. Na primeira, as pessoas portadoras eram condenadas ao isolamento, conforme descrição bíblica. As viagens marítimas, a miséria, a promiscuidade e falta de higiene nos burgos eram alguns dos motivos da transmissão da peste bulbônica através da pulga de ratos. O isolamento de pessoas contaminadas- ditada por razões religiosas- foi estendido à outras doenças instituindo desta forma, a prática da quarentena que refletia a preocupação de minimizar o contágio de algumas delas (BATISTELLA, 2007) .

Portanto, admitia-se que algumas doenças eram comunicáveis, mas não se sabia como ocorria e/ou quem era o elemento contagioso. Assim, a causalidade permaneceu com a teoria de Hipócrates: uma alteração atmosférica, onde águas estagnadas e matéria orgânica em decomposição corrompiam o ar. Naturalmente que sob o poder da Igreja, foram desautorizadas todas as iniciativas de avanço no conhecimento das causas das doenças e qualquer outra sugestão de explicação que estivessem além da fé (BATISTELLA, 2007).

Rosen (1994) afirma que apenas no final da Idade Média é que foram elaborados códigos sanitários visando normatizar a localização de matadouros, chiqueiros, o despejo de resíduos, o recolhimento do lixo, a pavimentação das ruas, entre outros.

Em um período da Idade Média, as terras começaram a ser arrendadas e a mão-de-obra começou a ser remunerada com um salário.

Essas primeiras mudanças vieram junto do surgimento de uma classe de comerciantes e artesãos que viviam à margem da unidade feudal habitando uma região externa, chamada de burgo. Foi baseado nesse nome que a nova classe social recebeu a denominação de burguesia. A burguesia medieval implantou uma nova configuração à economia européia onde a busca pelo lucro e a circulação de bens a serem comercializados em diferentes regiões ganharam maior espaço. O sistema capitalista aparece como a nova forma de produzir e viver em sociedade (BATISTELLA, 2007).

A prática comercial experimentada imprimiu uma nova lógica econômica onde o comerciante substituiu o valor-de-uso das mercadorias pelo seu valor-de-troca. Isso fez com que a economia começasse a se basear em cima de quantias que determinavam numericamente o valor de cada mercadoria. Com esse processo de

monetização, o comerciante passou a trabalhar tendo como fim máximo a obtenção de lucros e o acúmulo de capitais (BATISTELLA, 2007).

Essa prática exigiu uma constante demanda pela expansão do comércio e assim, nos fins da Idade Média, incitou a crescente classe comerciante burguesa a apoiar a formação de Estados Nacionais. Aliado ao poderio militar da nobreza, os burgueses passaram a contar com o fomento político para dominar novos mercados, regular impostos e padronizar moedas. As autoridades monárquicas passaram a estar submetidas ao interesse de outro poder com forte capacidade de intervenção política (BATISTELLA, 2007).

Essas transformações marcaram a passagem da Idade Média para a Idade Moderna, além de repercutir em todos os aspectos sociais, e a ciência obteve um salto qualitativo no processo com o Renascimento e o Iluminismo.

1.4 O RENASCIMENTO E A TEORIA MIASMÁTICA

O movimento renascentista, em oposição ao dogma religioso e à autoridade monárquica- foi a eclosão de manifestações artísticas, filosóficas e científicas na vida urbana e burguesa

Girolamo Fracastoro, poeta e médico, publicou a obra *De Contagione*. Nela expôs sua hipótese sobre o contágio afirmando que, para cada doença há agentes específicos. Assim, a transmissão de doenças entre pessoas ocorre devido aos germes de contágio, através dos agentes intermediários, como os fômites; ou à distância, através do ar (BATISTELLA, 2007).

A teoria miasmática é predominante nesta época, e segundo a mesma, as causas das doenças infecciosas e os surtos epidêmicos advinham de condições sanitárias ruins que criavam um estado atmosférico local (BARATA, 1996 apud MARQUES, 2007).

1.5 O ILUMINISMO E A VISÃO HIGIENISTA

Iluminismo originou-se de luz, em referência à razão, que é a capacidade humana de conhecer, compreender e julgar.

Este movimento surgiu na França no século XVIII e defendia o domínio da razão sobre a visão teocêntrica que dominava a Europa desde a Idade Média.

Segundo os filósofos iluministas, esta forma de pensamento tinha o propósito de iluminar as trevas em que se encontrava a sociedade (GUTIERREZ; OBERDICK, 2001).

Os mesmos autores descrevem que no iluminismo, o pensamento deveria ser desprovido de crenças religiosas e misticismos. O homem deveria ser o centro e passar a buscar respostas para as questões que eram justificadas somente pela fé.

Na saúde, Rosen (1994) relata a necessidade de esclarecimentos à população sobre higiene e saúde, com o objetivo de efetivarem-se as concepções iluministas. Segundo o pensamento iluminista, só com autonomia da razão se poderia estimular o avanço da ciência.

Em sua tese de doutorado, Cutolo (2001) cita a Polícia Médica alemã como exemplo de práticas que alcançaram o público dentro de uma perspectiva higienista-preventivista, as quais visavam interferir positivamente nas condições de saúde da população com o intuito de controlar e prevenir doenças.

É a partir da noção de meio, tendo como resultado a Higiene Pública conforme cita Foucault (1993), foi que a França preocupou-se na interferência das condições físicas e materiais do meio sobre a saúde e doença. Portanto, relacionavam o adoecer e o não adoecer com o meio, como exemplo, o adoecimento pode ocorrer diante da respiração de um ar impuro (CUTOLO, 2001).

Assim, apreensões com o acúmulo de cadáveres nos cemitérios, qualidade do ar, das águas, das fontes, dos destinos dos dejetos foram pautas de discussões que resultaram nos seguintes encaminhamentos: a. os cemitérios passam a ser deslocados para fora da cidade e os cadáveres passam a receber caixões e enterros individualizados; b. em relação ao ar realizavam-se ações para que pudesse circular mais livremente, como por exemplo, a construção de largas avenidas, e o incentivo a população a arejar suas casas; c. a distribuição da água potável passa a ser controlada, bem como os serviços de recolhimento e transporte de dejetos humanos; d. o conhecimento médico da época passou a responsabilizar o fluxo não controlado das fontes de água para uso e dos esgotos, como causadores de várias epidemias (CUTOLO, 2001).

O caráter de intervenção era fortemente higienista-preventivista, entendendo saúde/doença como possível de ser abordado com medidas locais de origem multifatorial simples. Preocupações com a qualidade da água, com a higiene, prevenção de acidentes, iluminação, aquecimento, ventilação, aleitamento materno,

vestuário, foram importantes e inovadores para a época; mas os propósitos sociais da polícia médica tornaram-se ultrapassados e, até mesmo, reacionários (CUTOLO, 2001).

Esta teoria baseia-se em pressupostos positivistas, pois não consideram as reais causas dos problemas sociais na organização da sociedade, apenas contempla ações segundo os atributos do agente etiológico, meio ambiente e hospedeiro, limitando-se a fornecer soluções paliativas para os problemas (FONSECA, BERTOLOZZI, 1997).

Um novo entendimento de saúde surge com a Visão Social, a qual foi discernida a partir Revolução Industrial, favorecendo a migração de pessoas do campo para os centros urbanos, e resultando em agravamento das condições de saúde.

1.6 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL E A VISÃO SOCIAL

No século XIX, a Inglaterra foi o cenário de uma revolução industrial, culminando na construção de grandes fábricas e expansão dos meios de produção fabril para os demais países europeus. Todos os aspectos da sociedade, política, economia, cultura, sofreram alterações (CUTOLO, 2001).

Estas mudanças estimularam o êxodo rural, resultando em claras iniquidades devido ao crescimento desordenado da população em favelas, locais com moradias inadequadas e desprovidas de água e esgoto. As péssimas condições de trabalho emergem como elementos potencializadores para as enfermidades.

Epidemias assolaram principalmente os trabalhadores, levantando o questionamento causal das maiores probabilidades de atingirem ao proletariado em detrimento de pequenas possibilidades com relação aos proprietários das indústrias.

Foi então que em 1828, Villermé sustentou a íntima relação entre as taxas de morbidade e mortalidade e as condições de vida das diferentes classes sociais. A partir deste ano, as questões sócio-médicas foram analisadas articulando os problemas médicos aos condicionamentos sociais, conforme relatos de Rosen (1980) apud Cutolo (2001)

[...] A doença é um atributo da vida. Um organismo vivo é uma entidade lábil em um mundo de fluxo e mudança. A doença e a saúde são aspectos desta instabilidade onipresente, são as expressões das relações mutáveis entre vários componentes do

corpo, entre o corpo e o ambiente externo no qual ele existe. Como fenômeno biológico, as causas da doença são procuradas no reino da natureza; mas no homem a doença não existe como “natureza pura” sendo mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria (p. 73).

Em 1847, Virchow considerado o pai da medicina social investigou uma epidemia de tifo em uma área rural daquele país e

[...] Baseado neste estudo, Virchow recomendou uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluíam aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Virchow não pedia soluções estritamente médicas, como seriam mais clínicas ou hospitais. Ao invés disso, ele via as origens de má saúde nos problemas sociais. **O enfoque mais razoável sobre o problema das epidemias era, portanto, mudar as condições que permitiam que as mesmas ocorressem**" (WAITZKIN, 1980 apud CUTOLO, 2001,p. 74).

A teoria da determinação social articula, portanto, várias dimensões da vida, considerando os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007).

Segundo esta teoria, a saúde física e mental é produzida na sociedade e é influenciada pelas

[...] formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto de experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, biológico (VAISTMAN, 1992 apud CARVALHO, 2007, p. 25)

1.7 A VISÃO BIOLÓGICA E O MODELO DE FORMAÇÃO FLEXNERIANO

O final do século XIX foi marcado pelo decesso da medicina social em detrimento da ascensão da “teoria do germe”- como causa biológica exclusiva das enfermidades infecciosas- elaborada por Ehrlich, Kock e Pasteur.

Esta teoria surgiu quando Pasteur, químico francês, estudou e desenvolveu a fermentação, processo químico a partir do qual evidenciou microorganismos (SCLIAR, 2002).

A Teoria Unicausal está baseada na existência de apenas uma causa- o agente- para um agravo ou doença, com um germe originando cada etiologia, consistindo na “era bacteriológica” (WESTPHAL, 2006). Nesta concepção, a saúde

estava atrelada à ausência de doença, sendo comprovada com a descoberta da insulina e sulfanamidas, fato este que iniciou a “era terapêutica” (ASTHON, 1993 APUD WESTPHAL, 2006).

A partir de 1880, Pasteur iniciou sua investigação microbiológica, em relação às doenças e possibilitou o desenvolvimento de vacinas e antibióticos. Neste modelo biologicista o homem é considerado um ser cujas ações estão limitadas ao funcionamento mecânico dos órgãos e sobre o qual atuam processos biológicos ou físico-químicos que desequilibram o sistema (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

A unicausalidade pode ser representada pela figura 04.

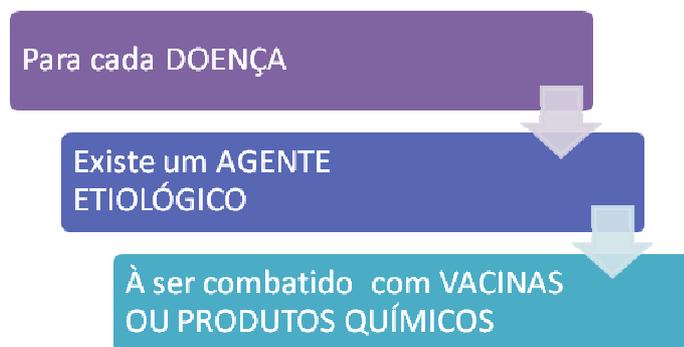


Figura 04- Esquema de apresentação da Teoria Unicausal

Esta teoria privilegia intervenções com medidas voltadas ao controle do agente infeccioso, através de ações individuais, tais como, por exemplo, programas de vacinação e as terapêuticas antibacterianas (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Cutolo (2001) questiona às causas do processo saúde-doença serem direcionadas única e exclusivamente para a bacteriologia, sem a participação da determinação social através das seguintes indagações:

[...] admitindo-se que o bacilo de kock é o único fator patogênico da tuberculose, como explicar a situação de que grande parte da população, apesar do contato prévio, não se torne doente? O bacilo existe e causa alterações estruturais e funcionais nos doentes, mas seria ele suficiente?...Cerca-se de importância, não apenas o isolamento de agentes etiológicos específicos, mas também investigar o papel de todas as circunstâncias sociais não específicas que têm influência sobre a saúde e a enfermidade (CUTOLO, 2001, p.79).

A visão biologicista determinou a realização de práticas médicas que se constituíram como componentes elementares do Modelo de Formação Flexneriano, sendo, portanto, integradas aos currículos das universidades.

1.7.1 Modelo de Formação Flexneriano

Abraham Flexner iniciou sua carreira profissional como educador após ter adquirido o grau de Artes e Humanidades. A publicação de seu primeiro livro, *The American college: a criticism* resultou em um convite do presidente da Carnegie Foundation, Henry S. Pritchett, para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No início do século XX, os Estados Unidos continha uma gama de Faculdades de Medicina, nas quais, a grande maioria, apresentava ausência de regulamentação curricular. As escolas médicas admitiam o ingresso de alunos com critérios aleatórios, sendo o tempo de duração do curso definido pela própria instituição sem fundamentação teórica (MENDES, 1985).

Flexner foi contratado, e durante quatro anos percorreu as Universidades, observou e analisou o ensino decorrente nas mesmas.

Então, em 1910 foi publicado, pela Fundação Carnegie, um minucioso relatório- "*Medical Education in the United States and Canada- A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*", o qual recebeu a denominação de Relatório Flexner (CUTOLO, 2001).

Flexner proporcionou reorganização e regulamentação das escolas médicas, sendo fechadas: 50 instituições, dentre as quais, 16 eram escolas médicas homeopáticas, além de cinco das sete escolas para negros (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

As principais conclusões do referido relatório foram: definição de padrões de ingresso ao curso e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada (MENDES, 1996).

Cutolo (2001) em sua tese de doutorado, ao ler e traduzir o livro de Flexner expôs como o mesmo está descrito. Há uma significativa divisão da obra em duas partes. Na primeira, Flexner justifica a prática educacional focada no empreendimento laboratorial e hospitalar – denominadas, respectivamente, de ciclos básicos e clínicos-, reforça a necessidade de mudança do ensino médico e discorre sobre escolas homeopatas, osteopatas, além das escolas para mulheres e negros. Na segunda divisão, Flexner apresenta o resultado das visitas realizadas nas escolas médicas norte-americanas nos anos de 1909 a 1910.

Considero importante expor sobre os ciclos básicos e clínicos descritos por Flexner, pois ambos consistem em legados que ainda persistem nas instituições formadoras, sendo observados inclusive na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha.

O ciclo básico corresponde às atividades desenvolvidas em laboratório, alicerçadas nas disciplinas estabelecidas como essenciais nos dois primeiros anos do curso, sendo elas: anatomia, incluindo histologia e embriologia; fisiologia, incluindo bioquímica; farmacologia, patologia, bacteriologia e diagnóstico físico.

Neste cenário, as faculdades dispunham de uma infra-estrutura laboratorial para execução de práticas de observação e experimentação, fato este recomendado pelo indutivismo de Francis Bacon. O indutivismo parte da experiência para o desenvolvimento das teorias que a explica, baseando-se na observação da repetição de eventos, o que valorizava o dado empírico, portador da verdade e do conhecimento puro, sendo esta uma das características do positivismo, e recomendava também:

Coletar dados e registrar o maior número de dados sobre o fenômeno investigado, organizá-los em tabelas e buscar regularidades, partindo das observações (em grande número, repetíveis, não conflitantes entre si) às teorias e leis (BORGES, 1996 apud CUTOLO, 2001,pg. 30)

O hospital reside no local onde é efetivado o ciclo clínico. Por sua vez, este é dividido nos três anos seguintes do curso. No terceiro ano são lecionadas as disciplinas como: obstetrícia, medicina (incluídas as áreas de doenças infecciosas, clínica médica e pediatria), cirurgia, microscopia clínica e patologia. As especialidades médicas são estudadas no quarto ano, sendo reservado para o quinto ano o Internato Hospitalar (CUTOLO, 2001).

A reforma do sistema educacional médico proposto por Flexner implicou que o ensino deveria estar focado no hospital, local onde estavam presentes as doenças, com suas origens unicamente biológicas e individuais, desconsiderando qualquer outro fator de ordem social e/ou comunitário que poderia implicar no adoecimento (SANTOS, 1986 apud PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Cutolo (2001), relevante protagonista e defensor de uma prática educacional pautada no ser humano dentro de sua dimensão biológica e social indivisível, ressalta que na obra de Flexner estavam ausentes significativos valores relativos à comunidade que influenciariam a formação profissional, como: Saúde Pública, Medicina Preventiva, Medicina Social, Saúde Comunitária. Conclui citando que Santos (1986) afirma que o objeto de estudo deste perfil profissional é dissonante com a coletividade, pois visa o ser individual com seus sistemas e órgãos isolados. Outrossim, a doença é encarada como um processo natural, biológico, excluindo-se a causalidade social, favorecendo o exercício da visão mecanicista.

Mendes (1985) resume as características do Modelo de Formação Flexneriano ou **Modelo Biomédico**, conforme figura 05.

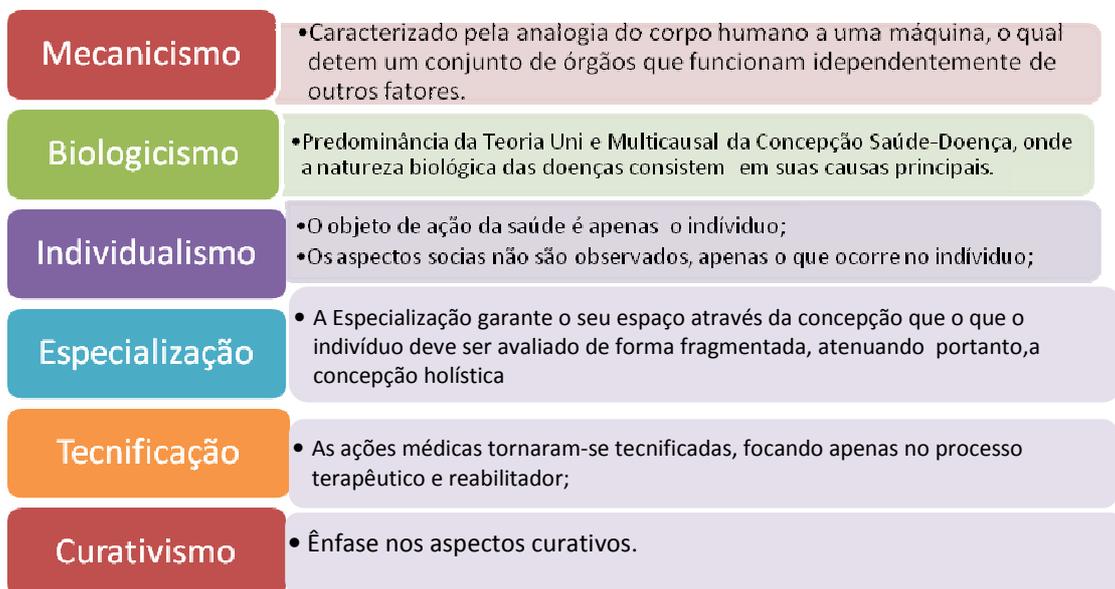


Figura 05: Características do Modelo Flexneriano.

A formação profissional a partir do modelo hegemônico, dito como biomédico, baseia-se, portanto, em uma visão cartesiana de corpo e mente, desqualificando os aspectos sociais, psicológicos e ambientais do processo saúde-doença, sendo o corpo humano visto como uma máquina composta de partes inter-relacionadas, e a

doença representa um “desarranjo” em uma delas. Isto implica em uma medicina fragmentada e especializada com ênfase nos problemas de saúde individuais (ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007).

Sobre o mecanicismo biológico o Relatório Flexner define:

[...] Ele (o anatomista) vê o corpo... como uma máquina que pode ser tomada em pedaços, para mais perfeitamente compreender como funciona (FLEXNER, 1910 traduzido por CUTOLO, 2001, p. 87).

O modelo biomédico, ao enfatizar a formação dos especialistas de forma dicotômica, na qual se separa o "bio" do "psi", ou seja, o biológico da subjetividade dificulta a compreensão integral do ser humano e de seu processo de adoecimento, pois deve contemplar também a determinação social (CUIFFO; RIBEIRO, 2008).

Esse modelo proporciona uma formação assistencialista, com foco na doença e produzindo uma visão profissional exclusivamente **biológica, conceito Unicausal do Processo Saúde-Doença**, na qual o paciente representa um corpo doente que precisa ser curado (CUTOLO; CESA, 2003). O ensino é tecnicista, focado no conhecimento de equipamentos de diagnóstico, tratamento e cuidado de acordo com as respectivas áreas de especialidade (CECCIM; FEUERWERKWER, 2004). Além disto, a formação médica propicia uma prática liberal individual e privada, e o trabalho nas áreas ambulatoriais não-especializadas e programas de saúde da família são desvalorizados (CAMARGO JR, 2003).

Contrariamente ao Relatório Flexner, em 1920, na Inglaterra o médico Lorde Bertrand Dawson publica o *Relatório Dawson*, o qual dentre outras providências, propunha uma educação em saúde em integração com o sistema de saúde e a não-exclusividade dos hospitais para o ensino e como campo de habilitação profissional. Assim, suas principais características consistiam em: realização de práticas com ênfase na atenção básica e não as de atenção especializadas; ênfase na integração das atividades preventivas e curativas; utilização do médico generalista e de um âmbito considerado como primeiro nível de atenção. Contudo, estas contribuições sofreram represálias pela forte resistência dos médicos privatistas, mas influenciaram a constituição do sistema nacional de saúde da Inglaterra no final dos anos 1940, a qual aderiu a universalização da atenção primária à saúde e com a construção do conceito de médico generalista (CECCIM; CARVALHO, 2006).

No Brasil, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto foi a primeira instituição formadora a aderir os fundamentos flexnerianos (CUTOLO, 2001).

Este modelo de ensino proporcionou um descarte de fatores sociais, políticos e econômicos, os quais implicam no desprovimento de uma visão ampliada da saúde, e conseqüentemente restringe o conceito de saúde a uma abordagem exclusivamente médica e centrada no adoecimento (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Cutolo (2001) reforça que a instituição provedora deste investimento atendia a interesses de grandes indústrias e da Associação Médica Americana, que era tornar hegemônica a medicina científica, opondo-se à ameaça dos homeopatas, sendo investida a importância de U\$ 300 milhões, no período de 1910 a 1930.

Os interesses das indústrias são reflexos do modo de produção capitalista, que influenciou o avanço tecnológico e científico no intuito de realizar comercialização de produtos farmacêuticos e de equipamentos. Isto resultou em fatores favoráveis, como: possibilidade de cura, erradicação da doença, detecção da doença por meio de equipamentos cada vez mais sofisticados, aumento da expectativa de vida; e em fatores desfavoráveis, pois a incorporação tecnológica dificultou o relacionamento profissional/paciente, prevalecendo procedimentos especializados, pareceres em detrimento de uma relação mais socialmente comprometida (CUIFFO; RIBEIRO, 2008).

Desenvolveu-se, portanto, o complexo médico-industrial, obtendo como resultado a supervalorização da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica (CUTOLO, 2001).

Foi então, que em 1946, a Organização Mundial de Saúde formulou o conceito de saúde como **bem-estar físico, mental e social**. A partir desta, o ensino deveria desapegar-se da biologia em exclusividade, e vincular-se às humanidades – psiquismo afetivo e cognitivo, e com as determinações socioeconômicas- saúde, sociedade, história. Para isto deveria haver mudanças conceituais com professores, integração curricular e do ensino com o sistema de saúde (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Nos anos 60, a teoria unicausal foi substituída pela Teoria Multicausal, pois a organização social da população apontava para outras causas da doença e não apenas para o agente etiológico, sem contar a necessidade da busca de alternativas de assistência de saúde menos custosas e que garantissem a qualidade da força de

trabalho dos trabalhadores a serviço do capitalismo (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

1.8 A VISÃO MULTICAUSAL E O MODELO DE FORMAÇÃO PREVENTIVISTA

No século XX, a Saúde Pública reassumiu a multicausalidade, sendo, portanto, uma releitura do modelo multicausal higienista-preventivista estabelecido no século XVIII.

O modelo multicausal potencializa-se a partir das críticas realizadas ao modelo unicausal, visto que, este último não acompanhava as explicações do processo saúde-doença diante das transformações com vistas à urbanização do século XX. As preocupações não estavam mais apenas vinculadas às doenças parasitárias ou infecciosas e à unicausalidade, mas referidas à lógica da multicausalidade à formação do referencial da história natural da doença, com a correlação dos elementos representados pelo agente causal, pelo doente e pelo ambiente (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005).

O conceito de multicausalidade evoluiu desde o século XX, podendo ser explicitado sob a perspectiva de três modelos distintos, tais como (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001):

a. Modelo da Balança. Em um dos lados da balança concentram-se fatores correlacionados ao agente etiológico, e do outro lado, estão presentes fatores que implicam no hospedeiro. Os fatores inter-relacionados com o meio ambiente estão localizados no fulcro da mesma. Neste modelo, ter saúde significa estar em equilíbrio, e conseqüentemente, estar doente é resultado de um desequilíbrio da balança, seja pelo aumento do peso relacionado ao prato do agente ou do hospedeiro, ou ainda, ao deslocamento dos fatores do meio-ambiente na direção de um ou outro desses fatores.

b. Rede de causalidade. Os múltiplos fatores envolvidos estão inter-relacionados reciprocamente, sendo a doença manifestada a partir do componente mais frágil, sob o qual é necessária uma intervenção, sem que fosse necessário alterar todo o conjunto de fatores envolvidos.

c. Modelo Ecológico. É uma sofisticação do modelo multicausal para o estudo das intervenções médicas a partir do desenvolvimento da História Natural da Doença, bastante divulgado pelos autores Leavell & Clark.

A Teoria de Leavell & Clark, também conhecida como Modelo da Tríade Ecológica (figura 06), explica o processo saúde-doença, na qual a causa das doenças está relacionada ao desequilíbrio da interação entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio ambiente. Esta teoria baseia-se em pressupostos positivistas, pois não considera as reais causas dos problemas sociais na organização da sociedade, apenas contempla ações segundo os atributos do agente etiológico, meio ambiente e hospedeiro, limitando-se a fornecer soluções paliativas para os problemas (FONSECA, BERTOLOZZI, 1997).



Figura 06- Modelo da Tríade Ecológica
Fonte: Adaptado de Leavell & Clark, 1976.

Cutolo (2001) afirma que a partir desta teoria, o caráter de intervenção era higienista, preventivista, predominando a realização de medidas locais de origem multifatorial simples.

1.8.1 Modelo de Formação Preventivista

A concepção multicausal suscitou na década de 1960, inicialmente na Inglaterra e disseminado pelos Estados Unidos e Canadá, a execução de um modelo de formação cujo objeto é a doença e não a saúde, da internação hospitalar e não a proteção dos ambientes de vida e trabalho e da prestação de procedimentos e não o desenvolvimento da educação popular em saúde (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Ocorreu então, uma reforma educacional com a abertura de departamentos, disciplinas e área de ensino que estimularam conteúdos relativos à prevenção em saúde, notadamente nos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem (CECCIM; CARVALHO, 2006).

O Modelo Preventivista surgiu em detrimento do Biomédico, com o objetivo de contrapor a este modelo hospitalocêntrico, através de ações de prevenção, divididas em Prevenção Primária, Secundária e Terciária.

O modelo preventivista consiste em uma autoria de Leavell & Clark, os quais defendiam que todas as ações em saúde deveriam ser consideradas preventivas, estabelecendo alguns níveis de prevenção através da História Natural da Doença (MATTOS, 2003).

Percebe-se, portanto, que este modelo refere-se ao **conceito Multicausal do Processo Saúde-Doença**, compreendendo saúde como desequilíbrio do corpo, com ênfase nas doenças.

Contudo, este modelo também apresentou-se como matiz do Modelo Biomédico, contendo suas características de: fragmentação, especialização, nosocentrismo, com vistas à um modelo de formação e práticas em saúde focadas nas ações de **prevenção**.

No Brasil, as ações de saúde predominantes nesta época consistiam apenas em diagnóstico e terapêutica medicamentosa, sendo dominadas pelo pensamento militar. Assim, todas as intervenções deveriam ser estritamente decisões da ciência da saúde, sendo dispensados quaisquer sentimentos ou sensações do indivíduo (CECCIM; CARVALHO, 2005).

As críticas aos modelos educacionais e assistenciais surgiram a partir da década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a VIII Conferência Nacional de Saúde. O sistema de saúde brasileiro tem esta década como histórica, pois nela ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde; e elaboração do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Constituição Federal, e o Sistema Único de Saúde.

Estes acontecimentos marcaram a História da Saúde Pública, quando grupos de sanitaristas expressaram críticas, dentre outras, às práticas profissionais e à realidade social. Houve proposições e reivindicações com a finalidade de obter experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, que valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde, e

buscassem a integralidade (CECCIM; CARVALHO, 2005). É importante salientar, que estas novas visões não negam o hospital como local de cura e a lógica da doença, apenas incorporam outros fatores além destes.

1.9 A VISÃO E O MODELO DE FORMAÇÃO INTEGRAL

A Integralidade é um dos princípios estabelecidos legalmente para a efetiva concretização da política que orientou a criação do Sistema Único de Saúde, juntamente com a universalidade do acesso, a descentralização da gestão dos serviços de saúde, a participação da comunidade e a equidade na distribuição dos recursos.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a integralidade é descrita de acordo com o seguinte conceito: “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A integralidade não se configura apenas como uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas também permite a identificação do usuário como sujeito histórico, social e político, capaz de participar ativamente das decisões de saúde (MACHADO, 2007).

Outros sentidos para integralidade no contexto da luta pela Reforma Sanitária são descritos por Mattos (2004), sendo:

a. características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, em que a integralidade se refere à abrangência das respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as ações assistenciais.

b. organização dos serviços de saúde;

c. atributo da prática de saúde, o qual defende que em qualquer nível de atenção em saúde deve haver uma articulação entre ações de promoção e prevenção e ações assistencialistas, englobando todas as necessidades de saúde.

A integralidade caracteriza-se pela relação intersubjetiva entre profissionais de saúde e a comunidade, prevalecendo à prática de conversação para que os profissionais possam identificar as ações de saúde imprescindíveis para responder as necessidades apreendidas pelo indivíduo (assistenciais). Além disso, devem articular estratégias que propiciem a realização de ações antecipadamente à experiência

individual de sofrimento. Para isso, os profissionais devem ser formados a partir de um perfil profissional que articule ao conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que selecione as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro com o indivíduo (MATTOS, 2004).

Ao assumir a concepção integrada do processo saúde-doença, as ações em saúde a serem realizadas são as Ações Integradas em Saúde (AIS), reafirmando o pressuposto que toda ação em saúde é resultado de uma concepção saúde-doença.

Cutolo (2009) afirma que as Ações Integradas em Saúde contemplam uma intervenção articulada entre as ações de **promoção** correlatas na concepção social do processo-saúde doença; as ações de **proteção e prevenção** na concepção higienista-preventivista; e as ações de **recuperação e reabilitação** da concepção biológica, conforme quadro 03.

Teoria Saúde-Doença	Ações de Saúde
Biológico- Unicausal	Recuperação e Reabilitação em Saúde
Higienista-preventista- multicausal	Proteção e Prevenção em Saúde
Determinação Social	Promoção da Saúde
Integralidade	Promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde

Quadro 03 – Correlação entre a Teoria Saúde-Doença e as Ações de Saúde

Fonte: Adaptado de Cutolo & Cesa (2003)

Cutolo (2009) conclui afirmando que, ao mesmo tempo em que a concepção integral reconhece a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadear biológico; a mesma não nega este último, mas contextualiza-o e localiza-o dentro de outra perspectiva, que não reduz, mas amplia.

Em prol das diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde é que se propõe um novo paradigma, o da Integralidade, que resulta em um Modelo Integral de Formação. O desafio de propor uma mudança na formação profissional concretiza a possibilidade de formulação de uma política de educação para o SUS, e envolve vários atores: docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do SUS, todos engajados em reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKWER, 2004).

1.9.1 Modelo de Formação Integral

O Modelo Integral de Formação está alicerçado no princípio da **Integralidade**. Diametralmente em oposição ao positivismo presente no Modelo Flexneriano, a integralidade abrange pressupostos histórico-dialéticos, pois requer um sujeito (educando) histórico, que possui conhecimentos próprios, que são adicionados e não substitutos dos conhecimentos técnicos específicos da área da saúde (MORETTI-PIRES, 2008).

A formação de recursos humanos sob a perspectiva da integralidade implica em: compreender a dimensão ampliada da saúde, isto é, adotar concepções mais abrangentes do processo saúde-doença; articular saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares em contraposição a atuação fragmentada dos profissionais (SILVA; SENA, 2006).

Esta mudança de concepção filosófica através da formação profissional resultará em uma absorção e utilização do conceito ampliado do Processo Saúde-Doença, como instrumento de trabalho transformador e potencializador das Ações Integradas em Saúde, deixando de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter um foco dirigido à promoção e manutenção da saúde. Cutolo (2009) afirma que o espectro de sentido da palavra Integralidade é amplo, e pode designado conforme figura 07.



Figura 07: Espectro do sentido na palavra Integralidade
Fonte: Adaptado de Cutolo (2009)

A transformação do Modelo de Formação através de novas práticas curriculares implica na transformação nos modos de intervenção dos profissionais, os quais são determinados pelo perfil profissional da formação adquirida (CUTOLO, 2007).

É preciso superar definitivamente, via formação, que a clínica não carrega o sentido de ações individuais, e a prevenção e educação o sentido de ações coletivas. Sob o sentido da integralidade, a clínica deve agregar práticas terapêuticas que envolvem proteção, educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com base nos aspectos sentimentais, vivenciais, grupais, onde existem ações individuais e coletivas (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Integrar as ações em saúde: promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação; integrar profissionais em equipe interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial e educacional (ALVES, 2005).

A execução do sistema educacional sob o eixo da integralidade permite ao aluno à aprendizagem sobre políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidos com o desenvolvimento da cidadania, da melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde (SCHALL; STUCHINER, 1999).

O movimento de mudança na educação profissional permite que a Escola Técnica em Saúde presente, enquanto instituição formadora comprometida com a construção do SUS, respostas às necessidades e direitos da população através da construção da produção do conhecimento em consonância com a realidade de saúde brasileira (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

CAPÍTULO 02

A CORRELAÇÃO ENTRE AS CORRENTES FILOSÓFICAS E OS MODELOS DE FORMAÇÃO

O presente capítulo tem o propósito de expor as correntes filosóficas que estudavam os fenômenos sociais, uma vez que, a natureza humana é o conjunto das relações historicamente determinadas.

Sucintamente descrevo a evolução histórica dos modelos de reflexão- mítico, teocêntrico, positivista, idealista e dialética, para *à posteriori* correlacioná-los com Modelo de Formação e conseqüentemente, com o fenômeno saúde-doença.

Utilizo no item 2.1, o autor Pereira Júnior (2008) como referencial teórico.

2.1 DO PENSAMENTO MÍTICO AO DIALÉTICO

O pensamento crítico e analítico da sociedade humana e de seus fenômenos sociais decorre de uma pluralidade de fatores subsidiados em correntes filosóficas e as respectivas visões de mundo existentes ao longo da História.

Desde a Antiguidade, as sociedades primitivas já expressavam suas concepções sobre o mundo através das histórias mitológicas. O mito servia como auto-afirmação da identidade do povo para si mesmo, como conjunto simbólico e de práticas sociais que legitimavam seu modo de vida.

A Filosofia surgiu no século V a.C, como alternativa frente à insuficiente explicação mítica das relações sócio-histórico-econômicas. Houve um avanço dos conhecimentos matemáticos, geométricos, astronômicos, de forma que os filósofos buscavam uma explicação racional em detrimento das justificativas divinas ou baseadas no senso comum.

Após a degradação do Império Romano, a Igreja Católica passou a ser considerada a instituição mais bem estruturada no período. Dessa forma, a cultura letrada cedeu lugar à forte influência do cristianismo. Portanto, a explicação dos fenômenos utilizava-se de argumentos teocêntricos, vivenciados através da fé.

Foi então, que na Idade Moderna, aconteceu à Era das Revoluções: Revolução Comercial, Revolução Cultural, Revoluções Políticas e Revolução Científica. Esta última, em destaque neste capítulo, transpôs intensas transformações. No período clássico e medieval, o critério de verdade limitava-se à coerência conceitual, e neste

período, o mesmo deveria se submeter ao crivo da observação empírica, à matematização e à comprovação experimental.

A ascensão do Capitalismo e da Revolução Industrial incitou a compreensão dos fenômenos humanos. Surgem então, no século XIX, as Ciências Humanas com o objetivo de estudar, controlar e modificar os fatos sociais. Inicialmente utilizou a mesma metodologia utilizada pelas Ciências da Natureza, isto é, o método positivista, através de suas leis universais e imutáveis.

Uma nova conceituação sobre a realidade foi proposta pela corrente Idealista, representada pelo filósofo Hegel. Para ele, a realidade não é uma simples justaposição de dados alinhados, mas sim uma construção engendrada a partir de um processo histórico, cujo motor é composto por contradições dialéticas. A partir da contradição entre a tese e antítese, gera-se a síntese.

Hegel, por ser idealista afirmava que a essência de todas as coisas está na consciência humana, onde o real é a projeção da razão e da idéia.

Karl Marx apropria-se da dialética hegeliana, modifica-a e elabora a corrente filosófica materialista dialética, afirmando que as bases de construção da realidade são as condições materiais concretas que envolvem as relações sociais, política e econômica da sociedade.

Assim, nos subitens subseqüentes farei uma aproximação entre o positivismo e a dialética com os modelos de formação flexneriano e integral.

2.2 O POSITIVISMO E O MODELO DE FORMAÇÃO FLEXNERIANO E PREVENTIVISTA

Os modelos de formação flexneriano e preventivista estão associados à corrente filosófica positivista, conforme a similaridade de características a seguir.

Descreverei uma análise histórica do positivismo, aplicando o método dialético, método historicista, isto é, analisando-o de maneira histórico-social, em sua evolução.

O positivismo consiste na primeira forma de pensamento social, e surgiu a partir da necessidade de buscar soluções para as crises e desordens provocadas pela Revolução Francesa e Industrial. Os positivistas queriam explicar os problemas sociais, e concluíram que estes estavam submetidos a leis rigorosas (LEMOS FILHO, 2008).

Lowy (1985) realiza uma síntese das idéias ou leis do Positivismo que regulavam a sociedade. São elas:

I. A sua hipótese fundamental é de que a sociedade é regulada por leis naturais, ou por leis que têm todas as características das leis naturais, invariáveis, independentes da vontade e da ação humana. Desse modo, a pressuposição fundamental do positivismo é de que essas leis, que regulam o funcionamento da vida social, econômica e política, são do mesmo tipo das leis da natureza e, portanto, o que reina na sociedade é uma harmonia semelhante à da natureza, uma espécie de harmonia cultural.

II. Dessa primeira hipótese decorre uma conclusão epistemológica, de que os métodos e procedimentos para conhecer a sociedade são exatamente os mesmos utilizados para conhecer a natureza, que é denominado de naturalismo positivista;

III. Da mesma maneira que as ciências da natureza são ciências objetivas, neutras, livres de juízo de valor, de ideologias políticas ou sociais, as ciências sociais devem funcionar segundo esse modelo de objetividade científica. Assim, as ciências deveriam estar desligadas de qualquer outro vínculo com as classes sociais, com as posições políticas e valores morais.

Lowy (1985) descreve como primeira teoria positivista, a discorrida por Condorcet, filósofo contrário ao domínio do conhecimento pela Igreja Católica e Estado Monárquico, que associou a ciência da sociedade como objeto de estudo matemático, numérico, preciso e rigoroso.

Discípulo de Condorcet, Saint-Simon é adepto do socialismo francês, denominado de socialismo utópico. Este filósofo afirma que a Revolução Francesa e o desenvolvimento da ciência criaram um caos espiritual e social, pois concebia favoravelmente a Idade Média Cristã, governada pela fé. Apenas a ciência positiva poderia direcionar para a nova época orgânica, na qual o poder espiritual- que antes pertencia à Igreja- seria dos homens da ciência “que podem predizer o maior número de coisas”, e o poder temporal- antes pertencia aos guerreiros- concerniria aos industriais. Portanto, nesta nova época, os eclesiásticos são substituídos pelos cientistas e os guerreiros pelos industriais (REALE, 2005).

Saint-Simon é o primeiro a utilizar o termo positivo aplicado à ciência: ciência positiva. Este denominava a ciência social como fisiologia social, e relatava o parasitismo existente entre certas classes sociais e o organismo social, como a aristocracia e o clero. Defendia que apenas o industrialismo/capitalismo poderia

organizar a sociedade que estava em estado de desordem geral no período pós-revolucionário francês (LEMOS FILHO, 2008).

Portanto, foi a partir de Augusto Comte, que o positivismo saiu de uma visão utópica, crítica e negativa e obteve o caráter conservador e legitimador. Este fato é justificável pela ascensão e predomínio da burguesia a partir de 1830, na França (LOWY, 1985).

O pensamento de Comte não se limitava em explicar um fenômeno social dentro de um contexto. Ressaltava também a importância do progresso dos conhecimentos, e estabeleceu este progresso que vai dos conhecimentos mais abstratos e mais simples aos conhecimentos mais complexos e concretos. Afirmava ainda que, cada ciência tem um domínio próprio, tanto do ponto de vista da simplificada como da complexidade, distingue-se da que a precedeu tanto quanto da que a sucede (LEMOS FILHO, 2008).

Comte estabeleceu a Lei dos Três Estados. Esta explica que o progresso do conhecimento se realiza através destes estados ou estágios, sendo eles (CASTRO, 1985):

- I. Estado Teológico: está baseado em explicações transcendentais, sintetizando tudo em um Deus Único;
- II. Estado Metafísico: substituiu a explicação da divindade por entidades metafísicas;
- III. Estado Positivo: denominado de científico, centraliza-se no relativo, afastando-se de todo e qualquer conceito absoluto. Só tem valor o que é experimental. Este é o estado superior, segundo Comte, ao qual o homem, a ciência e a humanidade serão adeptos.

Émile Durkheim, formado em Filosofia ministrou o primeiro curso de Sociologia criado em uma Universidade Francesa. Configurou-se como defensor da utilização do método da observação e experimentação indireta, imprescindível para o entendimento das leis necessárias à sociedade (GARCIA; BERSALINI, 2008).

O método de investigação de Durkheim, sobre os fatos sociais, envolve três características (GARCIA; BERSALINI, 2008):

- I. Ser independente diante de qualquer filosofia, visando apenas o princípio da causalidade;
- II. Garantir a objetividade, eliminando as pré-noções formuladas a respeito do fato resultando em neutralidade científica;

III. Os fatos sociais devem ser explicados por outro fato social.

A utilização da pesquisa empírica na produção do conhecimento marcou a principal influência do positivismo nas ciências sociais. Contudo, a manutenção da neutralidade e objetividade na pesquisa é algo questionável, pois para tal, seria necessário ignorar os estados mentais do homem. Isto resultaria na relevância extrema de métodos de análise estatística, a qual representaria uma linguagem observacional neutra (MINAYO, 1993).

Cutolo (2001) ao citar Schaff (1995) confirma que no modelo empirista, o sujeito é neutro e passivo, com função apenas de registrar os estímulos vindos do exterior. Portanto, o conhecimento está no objeto, sendo considerável verdadeiro quando passível de observação e comprovação.

Conhecimento científico é conhecimento comprovado. As teorias científicas são derivadas da experiência adquirida por observação e experimento. A ciência é baseada no que podemos ver, ouvir, tocar, etc. Opiniões ou preferências pessoais e suposições especulativas não tem lugar na ciência. A ciência é objetiva. O conhecimento científico é conhecimento confiável porque é conhecimento provado objetivamente (CHALMERS, 2000 apud CUTOLO, 2001, p. 35)

Dentro do positivismo, o funcionalismo tem sido a corrente de pensamento mais expressa na área de saúde. Parsons (1951) apud Minayo (1993), cientista americano funcionalista, descreve o seguinte conceito saúde/doença:

[...] é um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social (p. 47).

O funcionalismo de Parsons resume a finalidade da prática ao ato de curar e prevenir doenças, descrevendo como elas funcionam e aparecem em forma de fenômeno observável. Há um perfil de saúde ideal que se refere à ausência de doença e a um perfeito funcionamento do corpo nas dimensões física, psíquica e biológica. Assim, há desinteresse em conhecer os conflitos existentes na sociedade, os interesses que perpassam a medicina como uma produção social e as determinações sociais do processo saúde-doença (GARCIA, 1983 apud MINAYO, 1993).

A ciência positivista concebia a sociedade como um organismo de partes integradas e coesas que funcionava harmonicamente, conforme um modelo físico ou mecânico de organização (LEMOS FILHO, 2008). A partir desta concepção, o

Processo Saúde-Doença refletia apenas as condições de equilíbrio/desequilíbrio ou normalidade/anormalidade desta máquina (FONSECA, EGRY, BERTOLOZZI, 2006).

Ex positis, pode-se afirmar que o positivismo e o funcionalismo são as correntes filosóficas que influenciam a prática médica hegemônica e os enfoques práticos no tratamento dos doentes e das doenças. Há predominância do Modelo de Formação Flexneriano e/ou Preventivista, nos quais estão descritas práticas curriculares a partir da visão biológica ou multicausal do processo saúde-doença. As ações em saúde conseqüentes a este modelo são: recuperação, reabilitação e/ou prevenção.

Algumas características peculiares podem ser observadas nas práticas curriculares funcionalistas, representadas na figura 08.

Pouca valorização conceitual do processo saúde-doença e seus determinantes;

Enfoque pragmático e funcionalista da medicina como uma ciência universal, atemporal e isenta de valores;

Na epidemiologia, valorização excessiva da concreção estatística tomada como objetividade.

Figura 08: Características das Práticas Funcionalistas

O positivismo proporciona as seguintes características na relação entre a sociedade e a prática médica (MINAYO, 1993):

- I. O biologicismo individual prevalece como foco principal da concepção saúde-doença, e o social compreende apenas como modo de vida que pode ser variável, desconhecido e/ou omitido;
- II. A medicina consiste na ciência, única e exclusiva, capaz de erradicar as doenças através da utilização de tecnologias complexas.

2.3 A DIALÉTICA E O MODELO DE FORMAÇÃO INTEGRAL

Como proposta de superar a visão tradicional positivista, na qual dentre outras características, a ciência apenas é considerada verdadeira quando eliminada a interferência de qualquer pensamento, nomeio a Dialética como visão de mundo capaz de explicar os fenômenos, sendo subsidiada nas concepções de Hegel e Marx.

Na Grécia Antiga, Dialética consistia na arte do diálogo, da contraposição e da contradição de idéias que levariam a outras idéias.

O ponto culminante da dialética ocorre com Platão, o qual demonstrara a deficiência do conhecimento e se elevara ao mundo das idéias. Sobretudo, foi Hegel que inseriu dinamismo e movimento ao invés da rigidez e solidificação das idéias platônicas. Hegel escreveu: “Através dos movimentos, os pensamentos tornam-se conceitos e somente então são o que verdadeiramente são (...). Esses movimentos das essências puras constituem em geral a natureza da cientificidade” (REALE, 2005).

Filósofo idealista, Hegel afirmava ser a consciência e o pensamento a condição imprescindível para explicação do mundo material. Assim, os objetos e fenômenos do mundo são derivados das sensações e percepções do homem e da sua razão (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Marx apropria-se da dialética hegeliana e a modifica. Inversamente a esta, destaca que o mundo é material e independente do pensamento humano. Dessa forma, de acordo com estas concepções, tudo o que existe é matéria e estará sempre em constante desenvolvimento e transformação (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Outra diferença entre a dialética Hegeliana e Marxista é que, a primeira é utilizada para explicar, descrever e legitimar a realidade existente como racional; enquanto que a dialética marxista visa transformar a realidade as transformações das coisas, pois há na sociedade uma série de contradições e conflitos que proporcionam o processo de transformação e mudança. Para Marx, a sociedade, portanto, evolui através das transformações oriundas dos conflitos que lhe se são pertinentes conforme a época histórica (CABRERA E MORAIS, 2008).

Marx afirmava que as explicações fenomênicas até o momento, derivavam de teorias, crenças, idéias pré-estabelecidas. Contudo, Marx acreditava que o problema não se encontrava no campo das idéias, como dizia Hegel, mas sim no mundo material. Assim, para conhecer a realidade e transformá-la era necessário entender como os homens se relacionavam com o mundo material: a maneira como retiravam da natureza os bens necessários a sua sobrevivência e o modo como eles se relacionam para organizar o trabalho (CABRERA E MORAIS, 2008).

O materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, e a dialética refere-se ao método de abordagem deste real (MINAYO, 1993).

Ao aplicar o método dialético, as leis da sociedade são produto da ação do homem e transformadas por esta ação. Desta forma refuta-se a naturalização positivista em detrimento de novas leis resultantes da ação e interação do indivíduo. Uma vez que não existem princípios eternos, todas as teorias e interpretações da realidade têm que ser vistas na sua limitação histórica (LOWY, 1985).

O princípio da totalidade define que a realidade social deve ser analisada como um todo orgânico, uma dimensão, sem perder a sua relação com o conjunto. Lowy (1985) complementa que é impossível entender o desenvolvimento de uma teoria desvinculada do conjunto da vida econômica, política e social. A partir da totalidade compreende-se a reciprocidade dos fenômenos, pois nenhum deles pode ser compreendido isoladamente, fora dos fenômenos que os rodeiam (EGRY, 1996).

A contradição constitui o terceiro elemento do método dialético. Em oposição ao funcionalismo positivista, o qual afirma que há uma teoria dominante em favor do consenso da sociedade, na análise dialética marxista o que há sempre são as contradições entre as teorias.

Enquanto a metafísica utiliza noções abstratas e absolutas, explicando a realidade estática a partir de suas essências imutáveis, a lógica dialética parte do princípio de contradição, segundo o qual, a realidade é essencialmente processo, mudança, devir (EGRY, 1996).

Egry (1996) descreve alguns exemplos que confirmam a passagem de uma concepção de mundo estático para dinâmico, sendo: a descoberta que a energia não pode ser destruída, mas sim convertida e transformada; a teoria de Darwin, concluindo que os seres vivos aparecem como conseqüência do desenvolvimento e transformação através dos tempos.

Cutolo (2001) afirma que na perspectiva dialética o sujeito torna-se ativo através de sua prática social, interagindo com o objeto, pois a partir do qual constrói e transforma o conhecimento. Um sujeito concreto, mutante, histórico, criador de sua própria cultura, mantendo uma relação real e transformadora com o objeto de conhecimento. Cita ainda, Piaget (1973) relatando que nestas condições o conhecimento poderá ser considerado não mais como um estado, mas sim como um processo.

O caráter contraditório da realidade, fundado nas leis da dialética, é a base do método dialético, sendo as leis descritas como:

I. Primeira Lei da Dialética- Lei da Unidade e Luta dos Contrários

Explica o processo de transformação a partir da existência de forças que contrariam e ao mesmo tempo, unem dois pólos do fenômeno, sendo a característica fundamental que um lado inexistia sem o outro.

II. Segunda Lei da Dialética- Lei da Passagem da Quantidade para a Qualidade

Explica que o processo de transformação ocorre primeiramente em quantidade, isto é, evolução e posteriormente em qualidade.

III. Terceira Lei da Dialética- Lei da Negação da Negação

A negação e superação da realidade anterior implicam na obtenção de uma nova qualidade, a qual detém algumas características da anterior.

A primeira Lei da Dialética permite avaliar algumas contradições que existem no processo saúde-doença. São elas:

a. O fenômeno saúde-doença consiste em um processo dialético, pois ambos versam em uma unidade, dividida em dois pólos. De um lado está o pólo da saúde e do outro, a doença. Os determinantes sociais podem acarretar em uma oscilação entre os pólos.

b. A contradição biológico-social também consiste em uma unidade dialética importante. Todo processo saúde-doença é um fenômeno biológico, que afeta a integridade anatomo-física do homem. A condição social do indivíduo também influencia nesta alteração. Na visão biologicista, há um peso maior para o pólo biológico, refletindo em suas respectivas ações de saúde em exclusividade. O mesmo ocorre para a visão social.

c. A doença poderá ocorrer de forma individual, mas também de forma coletiva. O fator social consiste no fator influenciador desta contradição.

A concepção do processo saúde-doença sob a perspectiva histórico-dialética está ampliada para além do biológico e preventivista, incluindo a determinação social, conforme citação:

Processo histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência. O processo saúde-doença não é um processo individual (exclusivamente, de origem e fim), tampouco se refere exclusivamente à dimensão biológica do Homem. É um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis nas diferentes formas de vida que se articulam às correspondentes condições favoráveis de saúde e sobrevivência, assim como as condições desfavoráveis, isto é, os riscos de adoecer e morrer (EGRY; SHIMA, 1992 apud EGRY, 1996, p.61).

Assim, o processo saúde-doença não é pré-determinado ou segue a padrões pré-estabelecidos de normalidade, mas é determinado historicamente, pela forma de inserção social do homem na sociedade, ou pela forma como ele se relaciona com a natureza e com os demais homens, além do homem não poder existir fora da sociedade (FONSECA, EGRY, BERTOLOZZI, 2006).

Diante do exposto, a dialética é a corrente de pensamento que não permite exagerar ou até mesmo negar, contrariamente ao positivismo, qualquer um dos pólos descritos – biológico (unicausal), higienista-preventista (unicausal), e determinação social, mas sim oportunizar a cada um a possibilidade de interpretação e intervenção de acordo com a situação concreta, por acreditar na mudança constante da realidade. Isto resulta na visão Integral, que engloba tanto o aspecto biológico/preventivista quanto os determinantes sociais, como fatores do processo saúde-doença.

Assim, a relação interacionista existente entre os elementos da educação em saúde- Corrente Filosófica, Ações em Saúde, Concepção Saúde-Doença e Modelo de Formação- permite concluir que na visão integral do processo saúde-doença, há o predomínio da Dialética, onde o Modelo de Formação privilegia a Integralidade das Ações em Saúde.

Destarte, é este o modelo que deve subsidiar a formação dos recursos humanos da ETSMMR, pois responderá as necessidades de saúde da comunidade pela execução de todas as ações em saúde, inclusive as ações de Promoção enfatizadas por esta pesquisa.

As principais diferenças entre os conceitos de saúde e de doença de acordo com as correntes filosóficas estão descritas no quadro 04.

Temas	Funcionalismo	Dialética
Denominação	Saúde ou doença	Processo Saúde-Doença
Saúde-Doença	Estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total com o sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social	Síntese de conjunto de determinações produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidade. Referentes à qualidade de vida dos grupos expostos a riscos e acessos potencializadores de saúde diferenciados.
“O social”	Um fator	Determinante enquanto processo histórico de constituição e estruturação da sociedade
“O biopsíquico”	Visto como individualidade relacionada ao meio externo	Visto como nexos, na indivisível relação dialética bio e psíquico, em construção em cada sociedade.
Modelo de Formação	Flexneriano	Integral

Quadro 04: Comparação entre temas contidos no conceito de Saúde-Doença vinculados ao Funcionalismo e ao Materialismo Histórico e Dialético
 Fonte: Egry, 1996.

CAPÍTULO 03

PROMOÇÃO DA SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E SUA RELAÇÃO COM AS CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE-DOENÇA

Como defensora da realização da Promoção da Saúde, venho através deste capítulo contextualizá-la historicamente e enfatizar sua incorporação nas práticas curriculares da ETSMMR.

Entretanto, a Promoção da Saúde consiste em um fenômeno que ao ser analisado dialeticamente, apresenta algumas características. A Promoção da Saúde e o Processo Saúde-Doença constituem dois pólos contrários, e ao mesmo tempo indissociáveis, pois toda ação em saúde é resultante do seu modo de ver. Assim, se esta é concebida unicamente como ausência de doenças, promovê-la consistirá em prevenir doenças, em absoluto.

É por esta razão que a ETSMMR, no transcorrer de sua atividade educacional, contemplou, em alguns momentos, a realização de práticas curriculares dessemelhantes às proposições que recomendo seguir. Por conseguinte, ao adotar a concepção ampliada do processo saúde-doença a partir da visão integral, promover saúde significará melhorar a qualidade de vida e de saúde da comunidade, e não obstante prevenir doenças.

Ex positis, estará garantida a realização das Ações Integradas em Saúde através do Modelo Integral de Formação, em detrimento das ações de recuperação, reabilitação e/ou prevenção predominantes atualmente nos planos de curso.

A Promoção da Saúde, temática consolidada nas AIS e proeminente nesta pesquisa, vem sendo construída ao longo dos anos, constituindo marco norteador da Saúde Pública a partir da década de 70. Historicamente, há alguns documentos elaborados, provenientes de eventos internacionais, com o propósito de garantir uma vida saudável e com qualidade (MACHADO et.al., 2007).

A primeira citação encontrada na literatura de Promoção da Saúde foi realizada por Winslow, o qual dizia, em 1920, que a Promoção da Saúde consistia na organização da comunidade com o propósito de alcançar políticas que favorecessem a melhoria das condições de vida. Buss (2004) descreve Sigerist como marco histórico do referido tema, e afirma que este autor descreve a Promoção da Saúde como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, juntamente com a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist conclui afirmando

que a saúde se promovia a partir de condições de vida decente, educação, lazer, etc. (WESTPHAL, 2006).

Em seqüência descreverei um resgate histórico da Promoção da Saúde associado a autores e/ou documentos e eventos que foram historicamente e conceitualmente significativos ao referido tema. São eles: Leavell & Clark, Informe Lalonde, Carta de Ottawa e demais Conferências, e autores que discorrem sobre a Nova Promoção da Saúde.

Assim, em cada subitem abaixo está descrito o conceito de Promoção da Saúde, de acordo com a sua correspondente visão interpretativa do processo saúde-doença.

3.1 LEAVELL & CLARK

O conceito tradicional de Promoção à Saúde foi definido a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, os quais utilizaram o termo no primeiro nível da fase primária do modelo da História Natural das Doenças (quadro 05). O referido modelo- legado da visão higienista, preventivista- comportaria três níveis de prevenção, nos quais poder-se-iam aplicar medidas preventivas, sendo eles: Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária (BUSS, 2004).

A prevenção primária, desenvolvida no período pré-patogênico, consta de medidas de proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Dentre as ações de promoção da saúde englobadas neste nível primário, destacaram-se a educação e a motivação sanitária, incluindo também um bom padrão de nutrição ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o ótimo desenvolvimento da personalidade; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. Trata-se, portanto, de um enfoque centrado no indivíduo, dotado de medidas preventivas (BUSS, 2004).

Conclui-se que a Promoção da Saúde estava associada exclusivamente a **medidas preventivas** sobre o ambiente físico e estilos de vida.

PRÉ-PATOGÊNESE		PATOGENESE		SEQUELAS
		Assintomática	Fase Clínica	
Inespecífica	Específica	Precoce	Avançada	As seqüelas ou conseqüências da doença podem ser reparadas com maior ou menor eficiência, permitindo a reabilitação parcial ou total
Condições gerais do indivíduo ou do ambiente que predis põem a uma ou várias doenças.	A presença de uma constelação de fatores causais num instante dado favorece o aparecimento de uma	Da situação anterior resultou uma doença cujos primeiros sinais e sintomas se tornaram aparentes.	A doença segue sua evolução própria, terminando com a morte, com a cura completa ou deixando	
História Natural de uma doença humana qualquer				
Posição das Barreiras que podemos opor à marcha da doença				
1° Nível	2° Nível	3° Nível	4° Nível	5° Nível
Promoção da Saúde (alimentação, ações educativas, saneamento, etc)	Proteção Específica (vacinas, fluoretação das águas, etc.)	Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato	Limitação do Dano.	Reabilitação.
Prevenção Primária		Prevenção Secundária	Prevenção Terciária	

Quadro 05: Modelo da História Natural das Doenças
Fonte: Adaptado de Leavell & Clark, 1976.

Além da prevenção primária, a classificação continha prevenção secundária, contemplando diagnóstico e tratamento precoce; limitação da invalidez, e a prevenção terciária (reabilitação), conforme quadro 06 (LEAVELL; CLARK, 1976 apud MAEYAMA, 2006).

Promoção da Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez
Prevenção Primária		Prevenção Secundária	Prevenção Terciária

Quadro 06: Correlação entre os níveis de Prevenção com as Ações em Saúde
Fonte: Leavell & Clarck (1965) apud Buss (2004).

Westphal (2006) explica os objetivos da Prevenção Secundária e Terciária, sendo garantidos pela redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente propondo ações educativas e fiscalizadoras para a adequação dos indivíduos ao enfrentamento das doenças.

Esta teoria destaca um caráter de intervenção **higienista, preventivista**, entendendo o processo saúde-doença como possível de ser abordado com medidas locais de origem multifatorial simples (CUTOLO, 2001). Esta concepção saúde-doença concentra sua prática na prevenção e na higiene (CUTOLO, CESA, 2003).

As ações de saúde predominantes eram ações de **prevenção**, e não ações de promoção, pois as atividades estavam dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e seus respectivos riscos comportamentais, como exemplos: aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, etc. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da Promoção da Saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2004).

Muitos profissionais, atualmente, ainda entendem a Prevenção das Doenças e a Promoção da Saúde da mesma forma proposta por Leavell & Clark (WESTPHAL, 2006).

Concordo com Palmeira et. al. (2004 apud Batistella, 2007, p. 38):

O modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes.

3.2. INFORME LALONDE

Na década de 70, o então ministro canadense Lalonde influenciou significativamente em direção ao conceito moderno de Promoção da Saúde. O ex-ministro realizou pesquisas sobre as causas do adoecimento, e constatou que oitenta por cento delas estavam associadas ao estilo de vida e ambiente, fatores para os quais, não havia investimentos estabelecidos (WESTPHAL, 2006).

Em 1974 foi publicado o documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como o *Informe Lalonde*. Sua elaboração foi motivada pelos altos custos da assistência médica, ao mesmo tempo em que, se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças (BUSS, 2004).

O documento de Lalonde conclui que (LALONDE, 1996 apud BUSS, 2004, p.23):

Até agora, quase todos os esforços da sociedade envidados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificam as principais causas de morbimortalidade no Canadá, chega-se a conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou sejam a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

A partir deste formaliza-se a corrente behaviorista da Promoção da Saúde, cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não-saudáveis (CARVALHO, 2007).

O documento sugeriu as seguintes dimensões, ou componentes, a serem considerados individualmente ou em conjunto na elaboração das políticas governamentais de saúde: biologia humana, ambiente, estilos de vida das pessoas, sistema de saúde (WESTPHAL, 2006)

O componente **biologia humana** incluía todas as manifestações do organismo como consequência da biologia do ser humano e constituição orgânica do indivíduo, por exemplo: herança genética da pessoa e diferentes órgãos e aparelhos do organismo.

O componente **ambiente** descreve os fatores externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco controle.

O componente **estilo de vida** representa as decisões do indivíduo com relação à sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle.

O componente organização da **assistência à saúde** consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde.

O documento então elaborou cinco estratégias para abordar os problemas de saúde: Promoção da Saúde, Regulação, Eficiência da Assistência Médica, Pesquisa e Fixação de objetivos. As medidas adotadas, a partir de então, para as ações de Promoção da Saúde estavam relacionadas exclusivamente a fatores específicos do estilo de vida, como a dieta, o tabaco, o álcool, as drogas e a conduta sexual, conscientizando os indivíduos para que os mesmos adquirissem maiores responsabilidades e fossem mais ativos em matéria de saúde (BUSS, 2004).

Esta concepção proporciona um conceito de saúde resultante dos fatores que contribuem para mudanças no estilo de vida e produção da qualidade de vida,

promovendo, portanto, ações de Promoção de Saúde voltadas para intervenções intersetoriais nos comportamentos individuais e coletivos (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

Cerqueira (1997) apud Sicolí & Nascimento (2003) destaca que o Relatório busca a responsabilização individual e a culpabilização exclusivamente dos indivíduos, o que resulta em uma desarticulação das determinações sócio-políticas e econômicas das ações de promoção de saúde; desresponsabilização dos governos e formuladores de política e a “culpa” pela situação recaem no indivíduo.

Neste momento, as ações de saúde predominantes eram ações de **proteção ao indivíduo**, com ênfase nos seus comportamentos individuais e respectivos estilos de vida.

A publicação deste Informe proporcionou ao seu autor a responsabilidade pelo início de uma nova era de interesse social e político pela saúde pública. Denominou as intervenções no indivíduo de **Proteção da Saúde**, e às dirigidas aos sistemas de saúde de **Prevenção**, e as que focalizavam os estilos de vida de **Promoção da Saúde** (ASTHON, 1993; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996; RESTREPO, 2001 apud WESTPHAL, 2006).

3.3 CARTA DE OTTAWA E AS DEMAIS CONFERÊNCIAS

A Carta de Ottawa (1986), resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ampliou o conceito de saúde, pois os indivíduos deveriam modificar favoravelmente o meio ambiente para adquirir saúde (BRASIL, 2001).

De acordo esta Conferência, a saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, contemplando além de um estilo de vida saudável, a aquisição de um bem-estar global (BRASIL, 2001).

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é o nome dado

[...] ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde,

e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, MS, 1996, P. 11-2).

Para tanto a Carta de Ottawa (1986) propõe cinco eixos de ação para a promoção da saúde:

1) estabelecimento de políticas públicas saudáveis: com enfoque voltado para a equidade em saúde e a justiça social;

2) criação de ambientes favoráveis: através da proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais, além da criação de ambientes que favoreçam a saúde, como o local de trabalho, o lar, a escola, o lazer, etc;

3) fortalecimento da ação comunitária: participação comunitária concreta e efetiva no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na implementação das ações de promoção da saúde, visando a melhoria das condições de saúde;

4) desenvolvimento de habilidades pessoais, através da socialização da informação e da educação em saúde, aumentando as opções para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde;

5) reorientação dos serviços de saúde, na direção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais. Além disso, é colocada a importância da mudança na formação profissional na área da saúde (BRASIL, 2001).

As Conferências Internacionais e Regionais que se sucederam, como: a de Adelaide (1988), a de Sundsval (1991), a de Santa fé de Bogotá (1992), a de Port of Spain (1993), a do Canadá (1996), a de Jakarta (1997), a Conferência da Rede de Megapaíses (1998), a do México (2000), reforçaram as estratégias descritas na Carta de Ottawa como o principal marco de referência da promoção à saúde em todo o mundo (HEIDMANN et.al, 2006).

As ações predominantes nas conferências enfatizam a Promoção da Saúde, alicerçadas na concepção da Determinação Social do processo saúde-doença. Esta presume que a saúde e a doença consistem em um processo que é determinado socialmente, sofrendo influência do modo de produção, e sua atenção está voltada para a comunidade (CUTOLO, CESA, 2003).

3.4 A TRANSFORMAÇÃO DO FENÔMENO “PROMOÇÃO DA SAÚDE”

O moderno conceito de Promoção da Saúde está subsidiado na visão integral da concepção saúde-doença, que consiste na ampliação do conceito de saúde como resultante dos fatores: a. a saúde deriva do engendramento de um conjunto de condições sociais, econômicas, políticas, culturais e biológicas; b. esta concepção exige a formulação de políticas públicas, que assegurem o bem-estar (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

Este conceito de Promoção da Saúde possui características críticas ao modelo biomédico e, portanto, proporciona ações de intersectorialidade e de intervenção sobre os determinantes da saúde (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

Segundo Naildo & Wills (1994) apud Westphal (2006) as transformações sobre as iniciativas de promoção da saúde seguiram as seguintes conceituações:

I. Biomédicas

As intervenções consistiam em tratamento e prevenção de doenças específicas, tendo em vista, a concepção de saúde como ausência de doença. Esta concepção e intervenção estão presentes na atualidade em alto grau de coesão pelos profissionais de saúde e até mesmo pela comunidade.

II. Comportamentais

As ações estão voltadas para os estilos de vida dos indivíduos, limitadas aos fatores sob controle dos indivíduos, representando portanto, ações dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos.

III. Educacionais

Focalizadas nos estilos de vida, porém na perspectiva do empoderamento individual ou da auto-ajuda.

IV. Empoderamento coletivo

Associadas ao desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos os envolvidos no problema.

V. Para a transformação social

Centradas na construção participativa de políticas públicas saudáveis, sendo orientadas pelo princípio da equidade e integralidade.

O quadro 07 apresenta uma comparação entre as concepções de saúde e suas respectivas visões de Promoção da Saúde, na qual a prevenção de doenças está vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença e Promoção da Saúde, como conceito atual, vinculada a visão holística e sócio-ambiental (WESTPHAL, 2000; AKERMAN, BOGUS & MENDES, 2004 apud WESTPHAL, 2006).

Abordagens	Biomédica	Comportamental	Socioambiental
Conceito de Saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos	Bem-estar bio-psico-social. Realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de Saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais; Estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais.
Principais Estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de espaços saudáveis; • Empoderamento da população; • Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes; • Reorientação dos serviços de saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais.

Quadro 07: Concepções de saúde e diferentes visões de Promoção da Saúde
Fonte: Westphal, 2006.

O moderno conceito das ações de Promoção da Saúde admite a dimensão do processo histórico-social do processo saúde-doença como determinantes do mesmo, incluindo políticas públicas saudáveis e intersetoriais que impliquem nos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2006).

Westphal (2006) descreve os princípios que norteiam as práticas de Promoção da Saúde, a partir das conferências realizadas, sendo:

a. As ações de promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde, onde os profissionais devem enfatizar a determinação social, econômica e ambiental, mais do que biológica ou mental da saúde.

b. Equidade como princípio essencial para criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros).

c. Intersetorialidade das ações governamentais e Interdisciplinaridade dos profissionais de saúde.

d. Participação Social de todos os atores- governo e membros da comunidade- no processo de eleição de prioridades, tomadas de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (BRASIL, 2001 apud WESTPHAL, 2006).

e. Sustentabilidade proporcionando iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável através dos aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, intergeracionais e ambientais.

Who (1998) apud Sicolí & Nascimento (2003) descreve que a Nova Promoção da Saúde, a ser realizada pelos programas, políticas, atividades e formação em saúde, deve acontecer de acordo com os princípios descritos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo eles: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade, sendo descritas a seguir.

3.4.1 Concepção Holística

A concepção saúde-doença adotado pela Nova Promoção da Saúde está baseada no conceito ampliado de saúde, na qual saúde é determinada pelo fator social, biológico e ambiental. Assim, as ações de promoção da saúde deveriam enfatizar a determinação social, econômica e ambiental, extrapolando o campo específico da assistência médico-curativista (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Observa-se que há uma relação clara e significativa entre a Concepção Holística e a Integralidade, pois ambas conjecturam o modo de conceber a saúde na perspectiva da determinação social, higienista-preventivista e biológica.

3.4.2 Intersetorialidade

Para que as ações de Promoção da Saúde sejam operacionalizadas devem estar articuladas nas ações entre diversos setores, tais como: educação, habitação, legislação, alimentação, lazer, transporte, agricultura, cuidados primários em saúde, responsabilidade do governo para atuar de maneira a garantir que as condições totais, que estão além dos indivíduos ou grupos, sejam favoráveis à saúde (WHO, 1984 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

3.4.3 Participação Social

O envolvimento de diversos atores – membros da comunidade, profissionais de saúde, gestores de políticas públicas- na formulação, eleição e implementação de prioridades de políticas de saúde é essencial para a legitimação das ações de saúde. A participação consiste em um dos pilares essenciais para promoção de saúde (WHO, 1998 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

3.4.4 Empoderamento

Consiste no processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os aspectos pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998 apud SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003). Portanto, é de responsabilidade das ações de Promoção da Saúde, a formação de pessoas para garantir a instituição de espaços democráticos, e superar a sensação de impotência dos indivíduos perante as iniquidades de poder.

3.4.5 Equidade

O princípio da equidade está voltado para a reorientação dos serviços de saúde e elaboração de políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde e que revertam as desigualdades sociais instaladas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003)..

3.4.6 Ações Multi-Estratégicas

A realização de ações de promoção da saúde está correlacionada ao desenvolvimento de diferentes abordagens variadas, tais como: desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

3.4.7 Sustentabilidade

A sustentabilidade assume dois aspectos relevantes, sendo o primeiro correlacionado a elaboração de iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável, e o segundo implica na garantia de um processo duradouro e forte (ZIGLIO et. al, 2000 apud SICOLI, NASCIMENTO, 2003).

Diante do exposto, como pesquisadora, defendo que a ETSMMR desenvolva práticas curriculares de Promoção da Saúde, alicerçadas nos princípios acima descritos. Tais práticas, além de contribuírem de forma considerável e significativa para o desenvolvimento do SUS, consideram que devem existir não somente uma percepção particular e adstrita de saúde, mas sim, uma visão integral capaz formar profissionais com conhecimentos e habilidades interdisciplinares, aptos a desempenharem uma práxis em consonância com os anseios da sociedade.

CAPÍTULO 04

PERCURSO METODOLÓGICO

A realização da pesquisa ocorreu a partir de uma abordagem qualitativa, pois contemplou as características básicas que configuram a mesma (LUDKE, ANDRÉ, 1986):

1. O ambiente natural do problema consistiu na fonte direta dos dados, onde estive em contato direto e prolongado com o ambiente- Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha- e com a situação que foi investigada.

2. Os dados coletados são descrições de ideologias, concepções, sentidos, representações, utilizados para subsidiar uma afirmação ou esclarecer um ponto de vista. Contemplando uma pesquisa dialética, além da descrição, buscou captar as causas do problema, explicando sua origem e suas relações (TRIVIÑOS, 1987).

3. Esta pesquisa verificou como o problema se manifesta nas atividades e procedimentos diários.

4. A coleta da perspectiva dos sujeitos de investigação sobre o problema foi considerada uma das premissas relevantes para realização desta pesquisa, pois os diferentes pontos de vista dos participantes possibilitaram que minha investigação fosse problematizadora e propositiva.

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda; não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Isso não significa, entretanto, que seus achados não possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada. Para que isso possa ocorrer, o pesquisador precisa, com os dados obtidos, atingir um nível conceitual, que é o que vai possibilitar o aproveitamento da compreensão obtida no estudo específico (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

O estudo desta pesquisa foi realizado em dois momentos distintos (figura 09). O primeiro corresponde à coleta de dados realizados através de uma pesquisa documental dos Planos de Cursos Técnicos em: Enfermagem, Odontologia e Agente Comunitário de Saúde. O segundo momento consistiu na realização de oficinas com mediadores e coordenadores da ETSMMR. Em ambos os momentos,

a finalidade incidia na percepção dos conceitos emitidos sobre Processo Saúde-Doença e Promoção da Saúde.



Figura 09: Momentos da Pesquisa Qualitativa

4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa aconteceu no âmbito da ETSMMR. Esta realiza a educação profissional através do currículo por competências.

Saúpe et. al. (2005) explicita a definição dos conceitos competências, habilidades, bases científicas e atitudes, expressos no quadro 08.

CONCEITO	DEFINIÇÃO
Competência	Resultado de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes que conferem ao profissional condições para desenvolver seu trabalho.
Conhecimento	Conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e reelaboração crítica que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um <i>saber</i> e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (intervenção – entendida como ação direta de cuidado ou educação em saúde).
Habilidades	Conjunto de práticas adquiridas, sobretudo por demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um <i>saber fazer</i> e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação (intervenção).
Atitudes	Conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e reelaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um <i>saber ser</i> e <i>saber conviver</i> , além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação (intervenção).

Quadro 08: Definição dos Conceitos Competência, Conhecimento, Habilidades e Atitudes
Fonte: Saúpe et. al (2005)

Portanto, uma competência é composta por habilidades, conhecimentos ou bases científicas e valores/atitudes, descritos na figura 10.

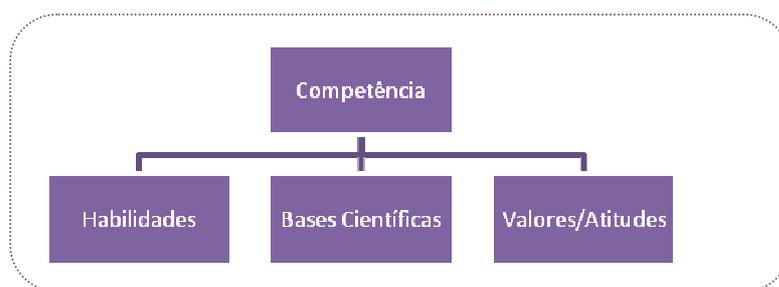


Figura 10: Composição da Competência

A formação profissional desenvolvida na ETSMMR utiliza as metodologias ativas, sendo indicadas as metodologias da problematização, e de aprendizagem por projetos. Estas induzem ao educando a exercitar a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, isto é, a relação prática-teoria-prática que tem como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e do processo de aprendizagem, a realidade social.

Nesse contexto de aprendizagem, não há mais lugar para a pessoa do professor como o único que detém o saber, passando a ser o mediador, o orientador, o motivador e o problematizador de processos de construção do conhecimento dos educandos.

A Escola está situada na Via Verde desde a inauguração de sua sede em setembro de 2006. Sua logística profissional e material está descrita nos quadros 09 e 10.

Quantidade	Profissionais da ETSMMR que participam do Processo de Formação Profissional
01	Coordenação Geral
01	Secretaria Escolar
01	Coordenação Administrativa
01	Coordenação de Projetos
01	Coordenação de Aprendizagem
07	Coordenação de Área Técnica: Enfermagem, Odontologia, Agente Comunitário de Saúde, Radiologia, Análises Clínicas, Vigilância Sanitária, Nutrição
01	Secretaria Executiva
16	Mediadores da Aprendizagem
04	Assessores Técnicos
04	Assessores Pedagógicos

Quadro 09: Recursos Humanos da ETSMMR

Quantidade	Âmbitos da ETSMMR que participam do Processo de Formação Profissional
05	Salas de Aula
01	Biblioteca
03	Laboratórios de Enfermagem
02	Laboratórios de Análises Clínicas
01	Laboratório de Odontologia
01	Laboratório de Nutrição
01	Laboratório de Informática
01	Sala de Mídias
01	Área de Convivência

Quadro 10: Infra-estrutura da ETSMMR

4.2 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA: ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental consistiu em um estudo descritivo, o qual propiciou-me a possibilidade de reunir diversas informações sobre o assunto a ser pesquisado (TRIVIÑOS, 1987).

Houve três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1993).

A **fase pré-análise** permitiu a organização do material, pois como afirma Minayo (1993) esta fase permite a escolha dos documentos a serem analisados, e pode ser decomposta nas seguintes tarefas: a. leitura flutuante com o objetivo de obter um contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo conteúdo; b. constituição do corpus com o objetivo de organizar o material para responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; c. determinação das palavras-chave, formas de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

Na **fase de descrição analítica**, o material foi submetido a um estudo, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Os procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicos nesta instância do estudo (TRIVIÑOS, 1987).

A definição dos documentos a serem submetidos à análise denomina-se *corpus*. As principais regras para constituição do corpus são (BARDIN, 1988 apud FONSECA JUNIOR, 2005): a. Regra da exaustividade, a qual afirma que todos os documentos relativos ao assunto pesquisado, devem ser considerados; b. Regra

da representatividade: é necessário trabalhar com amostra dependendo da quantidade de documentos produzidos relacionados ao assunto escolhido; c. Regra da Homogeneidade: os documentos escolhidos devem ser da mesma natureza, gênero e se reportarem ao mesmo assunto; d. Regra da pertinência: os documentos devem ser adequados aos objetivos da pesquisa em todos os aspectos: objeto de estudo, período de análise e procedimentos.

Minayo (1993) denomina a segunda fase como **exploração do material**, e afirma que esta consiste essencialmente na operação de codificação. Bardin apud Minayo (1993) relata que nesta fase realiza-se a transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

A **fase de interpretação referencial** representou a última parte da análise, que alcançou a maior intensidade, possibilitando uma reflexão profunda, intuitiva, que permitiu estabelecer relações e gerar propostas transformadoras (MINAYO, 1993; TRIVIÑOS, 1987).

4.3 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA: OFICINAS

Minayo (1993) explica que este procedimento metodológico possui o foco voltado para as opiniões, relevâncias e valores dos investigados. As reuniões ocorrem sempre com um número restrito de participantes, entre 6 e 12, sendo geralmente utilizada para:

- a. Focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas;
- b. Complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções;
- c. Desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares.

Na condição de pesquisadora, realizei a moderação das discussões dos trabalhos em grupo. As dinâmicas de interação ocorreram de acordo com as discussões, sendo permeadas ora por questões provocativas, ora por relações de predominância conceitual (FLICK, 2004). Houve também auxílio de textos, imagens, revistas, slides para estimular a discussão e/ou visualizar a percepção das concepções dos participantes.

A metodologia utilizada nas oficinas foi a Metodologia da Problematização. Esta metodologia é desenvolvida por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado. Além disso, encontra uma fundamentação teórica na

concepção de educação histórico-crítica elaborada com o propósito de realizar uma transformação da realidade, permitindo também a transformação do sujeito que dela participa (BERBEL, 1999).

A Metodologia da Problematização concerne uma perspectiva dialética, na qual observa a realidade e percebe as contradições e as inter-relações dos fenômenos (BERBEL, 1999).

Este método tem como referência Arco de Charles Maguerez, apresentado em esquema por Bordenave e Pereira (1982). O esquema consta de cinco etapas desenvolvidas a partir de um recorte da realidade, sendo elas (ACRE, 2004):

1ª) Observação da Realidade Social: Feita pelos participantes a partir de um tema ou de uma unidade de estudo. Após o recebimento de orientações dadas pelo moderador, os sujeitos da pesquisa são orientados a observar e registrar com atenção a realidade do tema em estudo, podendo ser dirigidos por questões gerais que não permita fugir do foco do estudo.

2ª) Levantamento de Pontos-Chaves: Os participantes aqui são levados a refletir em primeiro lugar sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo – (Por que esse problema existe?) e fazer uma seleção de ordem:

- ✓ social: problemas da educação, da atenção à saúde, da cultura, das relações sociais;
- ✓ econômica (a classe onde o problema foi ou é evidenciado em maior escala);
- ✓ política (épocas em que ocorre com mais freqüência, quem intervém).

3ª) Etapa da Teorização: Corresponde ao estudo, a investigação no seu sentido próprio. Dentro de cada ponto-chave os participantes buscarão informações que serão indicativos da resolução dos problemas (bibliotecas, Internet, revistas especializadas, especialistas no assunto, observação dos fenômenos etc), além do moderador realizar uma exposição dialogada sobre o assunto. Cada informação será analisada e avaliada quanto à possibilidade de contribuição para a resolução do problema.

4ª) Etapa da Elaboração de Hipóteses de Solução: Esse passo corresponde à elaboração das possíveis soluções. Essas hipóteses são frutos da profunda compreensão que se obteve do problema, visto por todas as óticas possíveis.

5ª) Aplicação das Hipóteses à realidade: Aqui é ultrapassado o exercício intelectual, pois é o momento da tomada de decisões para encaminhamento das

soluções e os fatores sociais e políticos se fazem presente de modo muito evidente (BERBEL,1999). Este momento acontecerá apenas após a conclusão desta pesquisa, em face do seu reconhecimento pela ETSMMR, como proposição elementar para a transformação da realidade do ensino.

Completa-se dessa forma o Arco de Maguerez, representado na figura 11, que leva o sujeito da pesquisa a exercitar a cadeia dialética de ação-reflexão-ação.



Figura 11 - Arco de Maguerez
Fonte: Maguerez apud Berbel, 1996.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Inicialmente foram definidos alguns critérios para participação na pesquisa, sendo eles: a. participar do processo de ensino-aprendizagem dos cursos desenvolvidos pela Escola; b. representar as áreas técnicas seja na condição de coordenador, assessor ou mediador; c. ter afinidade com o tema da pesquisa proposto; d. estar disposto a contribuir para a pesquisa de forma a explicitar seguramente suas opiniões.

A amostra da pesquisa compreendeu nove profissionais, que após receberem a carta-convite (Apêndice A), confirmaram sua participação pelo endereço eletrônico. São eles: mediadores dos cursos que estão em andamento-Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Análises Clínicas, Radiologia, Vigilância em Saúde- e profissionais da Equipe de Pedagogia que compõem a Área de Aprendizagem da Escola.

Como forma de garantia do cumprimento dos preceitos e exigências éticas da pesquisa, fez-se a codificação dos sujeitos da pesquisa, demonstrada no quadro 11.

Participantes da Pesquisa	Código Identificador
Participante 1	P1
Participante 2	P2
Participante 3	P3
Participante 4	P4
Participante 5	P5
Participante 6	P6
Participante 7	P7
Participante 8	P8
Participante 9	P9

Quadro 11: Codificação dos Participantes da Pesquisa

4.5 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Inicialmente o projeto foi inscrito no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Posteriormente, o mesmo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, através do Parecer nº33/2009, de 09 de Março de 2009.

Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), o qual confirmava que os mesmos seriam tratados com dignidade e lhes seria assegurado o respeito à sua autonomia, anonimato e sigilo. É importante ressaltar que aos sujeitos foi facultada a possibilidade de abandonar sua participação na pesquisa em qualquer fase de execução da mesma, sendo desnecessária a apresentação de argumentos de justificativa.

Aos participantes foi assegurada a realização de uma apresentação com os resultados e considerações propositivas desta pesquisa, a ocorrer após a conclusão da mesma.

CAPÍTULO 05

A ESCOLA TÉCNICA EM SAÚDE E AS CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE-DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo tem o desígnio de descrever os resultados alcançados a partir da análise documental e das oficinas realizadas.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL E SEUS RESULTADOS

O material analisado consiste em documentos institucionais, elaborados por servidores da equipe da Escola Técnica em Saúde. Foram escolhidos, pelo critério da representatividade, três Planos de Cursos, sendo eles: Técnico em Higiene Dental, Técnico em Enfermagem e Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

A análise documental objetivou responder a pergunta-problema da pesquisa em estudo: **Qual a concepção do Processo Saúde-Doença e de Promoção da Saúde apresentada pelas práticas curriculares e pelos profissionais formadores da ETSMMR?**

O foco principal da referida análise consistiu na Matriz Curricular apresentada em cada curso. Entretanto, considero relevante uma análise sucinta de alguns tópicos que contextualizam os referidos documentos.

Assim, foram analisadas as competências, com suas respectivas bases científicas e habilidades, designadas à realização de ações de Promoção de Saúde e Processo Saúde-Doença.

5.1.1 O Curso Técnico em Higiene Dental e seu respectivo Plano de Curso e Material Didático.

O Curso Técnico em Higiene Dental foi reconhecido, com base no Parecer Conselho Estadual de Educação n° 30/2005, sendo seu Plano de Curso elaborado em 2005, e embasado no Decreto Federal n° 5.154/2004; na Resolução CNE/CEB n° 01/2005 e na Resolução CEE/AC n° 10/2003.

Esta referida análise contempla os seguintes tópicos do Plano de Curso: Entidade Formadora, Justificativa, Objetivos, Perfil Profissional e Matrizes Curriculares.

I- Entidade Formadora- Escola Técnica em Saúde

A Escola é integrante da Rede de Escolas do Sistema Único de Saúde (RETSUS) tendo como missão formar auxiliares e técnicos da saúde integrals, capazes de solucionar problemas com alto nível científico e humanista, dispostos a prestar serviços nos diversos níveis do sistema de saúde. Sua visão de futuro é ser um centro de excelência para a formação e superação de auxiliares e técnicos da saúde com alto nível científico, a partir de uma equipe docente qualificada, que responda às necessidades do SUS (meus grifos).

A instituição apresenta-se como integrante do Sistema Único de Saúde, que possui como missão formar profissionais integrals, fato este que se aproxima com o princípio da **Integralidade**. Mas, em que sentido a palavra integral é utilizada? O que significa formar técnico integral?

Uma possível interpretação da redação proposta é a forma integral de ver o processo saúde-doença, na qual o profissional deve entender o ser humano sadio ou doente, em seus contextos histórico, social e psíquico, e que está sujeito a condicionamentos multicausais que podem levá-lo ao adoecimento (CUTOLO, 2001). Portanto, diante esta interpretação devem ser realizadas as AIS.

Outra perspectiva, sobre a integralidade neste contexto, consiste na formação de profissionais com ênfase em uma organização do trabalho, e conseqüentemente dos serviços de saúde, que articule todas as ações de saúde. Esta afirmação pode ser ratificada pela frase “dispostos a prestar serviços nos diversos níveis do sistema de saúde”.

Essa última interpretação é oriunda da fragmentação das ações instituídas pelo Sistema Nacional de Saúde que estabelecia o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo, portanto, a medicina curativa de responsabilidade do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde (POLIGNANO, 2001). Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde incorporou todas as ações relativas à saúde, mas permanece a dicotomia, agora interna, com práticas de assistência em hospitais e serviços tipicamente preventivos realizados pelas Unidades de Saúde (MAEYAMA, 2006).

Como a instituição pertence ao Sistema Único de Saúde, o texto conclui que o objetivo da mesma consiste em responder às necessidades do SUS. Retoma-se aqui a contradição dialética entre o pólo dos Modelos de Formação e o outro pólo

das Práticas Profissionais. A predominância de um pólo em função do outro, dar-se pela influência das distintas concepções sobre o fenômeno saúde-doença.

Desta forma, para atender o objetivo afirmado, deve-se partir de uma visão integral do processo saúde-doença, englobando os aspectos biológicos, higienistas e determinantes sociais. Assim, o sistema de saúde estará cumprindo juridicamente com seus deveres, conforme descritos em Brasil (1988), no artigo 198 da Constituição Federal, inciso II “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

II- Justificativa

A Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha elabora o Plano de Curso THD para trabalhadores que atuam nos serviços sem profissionalização. Além de atender às necessidades profissionais do setor saúde do Estado, estará contribuindo para minimizar os diversos problemas relacionados à saúde bucal através da prevenção e educação em saúde bucal, representado desta forma um avanço para o processo de implantação e implementação do SUS.

O autor justifica que a formação profissional contribuirá para minimizar os problemas relacionados à saúde bucal. Para tal consecução utiliza-se apenas das ações de prevenção e educação, o que possibilita uma ambígua interpretação da concepção saúde-doença.

A palavra prevenção remete-se a História Natural das Doenças, que compreende uma visão **multicausal**. A partir dessa, todas as ações consistem na **prevenção**, com a finalidade de minimizar os problemas de saúde. Conseqüente a este conceito, prevalece o Modelo Preventivista de formação.

A segunda interpretação corresponde à ação de educação em saúde. Esta pode estar vinculada tanto a visão multicausal, quanto biológica, ou a determinação social do processo saúde-doença. As duas primeiras são classificadas como educação bancária, sendo utilizadas antes de acontecer às doenças, e representam o Modelo Flexneriano onde as ações de promoção consistem em ações preventivas; e a última, classificada como problematizadora, é a metodologia que visa apreender o empoderamento e proporcionar autonomia ao indivíduo e/ou comunidade, com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida.

Portanto, é importantíssimo ter conhecimento de como são realizadas essas ações de educação, pois apenas a partir das estratégias utilizadas é que pode-se

confirmar qual a concepção saúde-doença, e conseqüentemente se a ação realizada é peculiar da Promoção da Saúde. Considero fundamental a realização da educação em saúde que envolva todas as classificações apresentadas, descartando a preponderância da educação bancária em função da educação problematizadora, e vice-versa.

Como defensora da visão integral, a qual abrange um conceito ampliado de saúde, sugiro que os profissionais repensem o uso do termo “saúde bucal”, bem como a denominação “equipe de saúde bucal”. Justifico esta premissa pela fragmentação que as expressões revelam. O primeiro termo revela um profissional que se dissocia da saúde do indivíduo como um todo. A Odontologia é uma ciência da área da Saúde, e portanto, não deve afastar-se da visão integral de saúde do homem. Pelo contrário, a formação proveniente desta ciência deve caracterizá-lo como profissional de saúde, sendo capaz de identificar, interpretar e transformar o cenário da Saúde Pública, em detrimento da realização exclusiva de ações restritas à cavidade bucal. A expressão “equipe de saúde bucal” expõe uma subdivisão equivocada da Equipe de Saúde da Família, fato este que explica o distanciamento de alguns profissionais da área odontológica, dos demais componentes do grupo.

É necessário ampliar o perfil profissional para além da clínica curativa e considerar-se um cidadão responsável por incentivar à participação popular nas tomadas de decisões, além de participar e sugerir na elaboração de políticas públicas que resultem em melhorias de saúde para a comunidade e realizar ações interdisciplinares e multi-estratégicas para conceber holisticamente o processo de saúde.

III- Objetivos

Formar um profissional apto a atuar em equipe multiprofissional sob a supervisão de um cirurgião-dentista que desenvolva as competências gerais e específicas da Qualificação e/ou Habilitação Profissional, e que contribua com a reorganização do serviço na perspectiva da construção do modelo de atenção à saúde proposta pelo SUS.

Incentivar a criatividade, a iniciativa e a tomada de decisão no desenvolver de suas atividades, para que o Técnico em Higiene Dental e o Auxiliar de Consultório Dentário atuem como multiplicador de conhecimentos;

Reunir subsídios para um projeto voltado para a melhoria das condições de saúde e de saúde bucal da comunidade

E em concordância com seus objetivos apresenta como perfil desejado do egresso:

IV- Perfil Profissional de Conclusão

O Técnico em Higiene Dental está habilitado para compor a equipe multiprofissional de saúde, contribuir com o Cirurgião-Dentista no desenvolvimento de pesquisas na área por meio de estudos epidemiológicos, colaborar com o Cirurgião Dentista no atendimento em consultório e desenvolver atividades odontológicas em Saúde Coletiva, ações voltadas para a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde bucal do indivíduo, família e comunidade, aplicando habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas. Para tanto deve fundamentar-se nos conhecimentos técnicos, científicos, éticos, políticos e educativos, apresentando bom relacionamento interpessoal, senso crítico, atitude reflexiva, tendo autocrítica, iniciativa, flexibilidade, senso de observação, capacidade de autogestão, abstração e raciocínio lógico. Deve assumir sua responsabilidade como cidadão, estimulando e participando das ações comunitárias e intersetoriais (meus grifos).

O perfil profissional apresenta-se em concordância com os objetivos, pois explicita características que se aproximam com o **Modelo de Formação Integral**, o qual descreve trabalho em equipe interdisciplinar, incentivo à participação social, execução de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde.

V- Matriz Curricular

O curso Técnico em Higiene Dental-Área Profissional: Saúde- Educação Profissional de Nível Técnico tem duração de 1.600 horas, sendo 1350 horas de aula teórico-demonstrativas e 250 horas destinadas ao Estágio Profissional Supervisionado.

A organização curricular está estruturada através do currículo por competências, no formato modular distribuído em 3 módulos, conforme figura



Figura 12 – Organização Curricular do Curso Técnico em Higiene Dental

O Módulo Básico e a sua proximidade com a competência, e suas respectivas habilidades e bases científicas que designam ações de Promoção da Saúde:

Eixo I: Promovendo a Qualidade de Vida

Competência: Desenvolver em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

Bases Científicas: Processo Saúde-Doença; Comunicação: conceito, finalidades, estratégias e meios de comunicação de massa; Educação para saúde: conceito, processo educativo, métodos e técnicas; Cadeia de transmissão de doença: agente infeccioso, hospedeiro e mecanismo de transmissão; Vigilância a saúde: conceito, sistema de informação em saúde, sistema nacional de vigilância epidemiológica; Atendimento pré-hospitalar: situações de risco, medidas de socorro e acidentes por causas externas.

Habilidades: Identificar meios de comunicação existentes na área de abrangência do serviço de saúde; Organizar grupos de discussão; Elaborar material informativo; Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, água, dejetos); Orientar a população quanto a medidas para prevenção de acidentes; Realizar ações de prevenção de controle das doenças prevalentes na área de abrangência da unidade de saúde, conforme norma do serviço; Reconhecer indivíduos com sinais e sintomas de alterações da saúde e encaminhá-los para os atendimentos específicos; Realizar ações de acompanhamento do tratamento de usuários no domicílio de na unidade de saúde, conforme normas do serviço; Aplicar medidas de controle de microorganismos no ambiente de trabalho; Realizar ações relativas aos cuidados a grupos específicos, segundo a programação local e normas do serviço.

A competência apresentada descreve a realização da associação de duas ações de saúde para melhorar a qualidade de vida da população, sendo elas: ações de “Promoção da Saúde” e ações de “Prevenção de Agravos”.

As bases científicas contemplam uma discussão sobre o Processo Saúde-Doença, porém não está explícita qual a concepção que norteará a realização das ações, uma vez que, toda ação em Saúde é resultado de sua concepção.

Contudo, a base científica destinada a explicar como ocorre o processo de transmissão de doenças explicita três fatores importantes para o seu desenvolvimento, os quais são: agente infeccioso, hospedeiro e mecanismo de transmissão. Desta forma, pode-se concluir que esta prática curricular considera que a concepção saúde-doença tem como determinantes o agente etiológico e o meio, fato este que remete a uma concepção **Multicausal** e, portanto, biologicista.

Conseqüente a esta visão de saúde-doença, estão às habilidades de caráter educativo. É admissível assegurar a prevalência da educação bancária, com a finalidade de prevenir a manifestação ou agravamento das doenças. Algumas habilidades comprovam esta premissa: *“Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde; Orientar a população quanto a medidas para prevenção de acidentes”*.

As demais habilidades correspondem ora a ações de prevenção *“Realizar ações de prevenção de controle das doenças prevalentes na área de abrangência da unidade de saúde, conforme norma do serviço”*; ora a ações de reabilitação *“Reconhecer indivíduos com sinais e sintomas de alterações da saúde e encaminhá-los para os atendimentos específicos”*. Há, portanto, uma incongruência a competência e as habilidades, privilegiando com maior proeminência a realização das ações biologicistas, e com menor ênfase as ações de promoção da saúde.

O Módulo Auxiliar de Consultório Dentário e a sua proximidade com a competência, e suas respectivas habilidades e bases científicas que designam ações de Promoção da Saúde:

Eixo 02: Promoção da Saúde Bucal.

Competência: Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade.

Bases Científicas: Paradigma da saúde bucal coletiva/processo saúde-doença bucal; Epidemiologia em Saúde Bucal; Anatomia e Fisiologia do aparelho estomatognático; Doenças Bucais: etiologia,

etiopatogenia e prevenção; Controle da infecção bucal; Fluoroterapia e Vigilância do Flúor; Métodos e técnicas de aplicação de agentes químicos (evidenciadores de placa bacteriana, soluções fluoretadas, soluções de gluconato de clorexidina, soluções antiosséptica) utilizados no controle das doenças bucais; Nutrição e Saúde I; Educação em saúde bucal.

Habilidades: Realizar em equipe, levantamento das necessidades em saúde bucal nos diversos espaços sociais existentes na área de abrangência da unidade de saúde; Elaborar material educativo envolvendo a participação dos indivíduos, famílias e comunidade; Utilizar recursos de comunicação para educação em saúde bucal; Reconhecer os indivíduos com sinais e sintomas de doenças bucais e encaminhar para o atendimento clínico; Orientar indivíduos, famílias e comunidade para o autocuidado em saúde bucal; Organizar e executar atividades de higiene bucal supervisionada; Utilizar agentes químicos para o controle das doenças bucais; Organizar e executar atividades de fluoroterapia; Produzir relatórios das atividades desenvolvidas.

O eixo “Promoção da Saúde Bucal” representa o objetivo da competência. Contudo, a competência descreve a realização de ações de prevenção e controle das doenças bucais como estratégias para execução da Promoção da Saúde. Neste momento percebe-se a visão multicausal, com adoção de medidas preventivas e de controle das doenças.

Em consonância com a competência, as bases científicas e habilidades estão voltadas para realização de ações de proteção do indivíduo e prevenção de doenças. Percebe-se aqui, uma associação das ações de promoção da saúde como sinônimas das ações de proteção e prevenção. Isto ocorreu a partir dos anos 60, quando Leavell & Clarck propuseram medidas de intervenção de acordo com os níveis de prevenção. A promoção de saúde, nesta perspectiva, é uma ação de Prevenção Primária, que se confunde com prevenção, segundo estes autores, do mesmo nível da proteção específica, como por exemplo vacinação (WESTPHAL, 2006).

Leavell & Clarck (1976) apud Czeresnia (2003) define que a prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

As bases científicas e habilidades apresentadas pela competência implicam em uma formação profissional com características de ações: a. **preventivas**, a partir da visão multicausal, como: conhecimento epidemiológico, controle da transmissão de doenças infecciosas, redução do risco de doenças e outros agravos, educação

sanitária através da divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos; b. **biológicas**, a partir da visão unicausal, como “*Anatomia e Fisiologia do aparelho estomatognático; Doenças Bucais: etiologia, etiopatogenia e prevenção; Controle da infecção bucal*”; c. ações de **proteção** à saúde do homem, onde a intervenção a ser realizada acontecerá no indivíduo, isto é, potencializando-o para protegê-lo, como: “*Fluorterapia e Vigilância do Flúor; Métodos e técnicas de aplicação de agentes químicos*” (CZERESNIA, 2003). O fator social não está presente.

Na base científica há presença da temática Educação em Saúde. Novamente é necessário averiguar que educação é esta, problematizadora ou bancária? Determinada Socialmente ou Biologicamente? A habilidade “*Orientar indivíduos, famílias e comunidade para o autocuidado em saúde bucal*” objetiva responder aos questionamentos apresentados. Contudo, é a prática estratégica utilizada para desenvolver a habilidade proposta, quem determina a classificação da educação.

Há também ações de diagnóstico e recuperação, podendo ser constatadas na habilidade “*Reconhecer os indivíduos com sinais e sintomas de doenças bucais e encaminhar para o atendimento clínico*”.

Esta competência designada pelo Módulo Auxiliar de Consultório Dentário apresentam ações explícitas de **prevenção**, com abordagem sobre as medidas de controle das doenças bucais e, portanto, não tem a finalidade de realizar ações de promoção da saúde conforme descrito no respectivo eixo.

A promoção da saúde deve referir-se a medidas que visem aumentar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a uma doença ou desordem (CZERESNIA, 2003), utilizando estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (TERRIS apud CZERISNIA, 2003).

O quadro 12 demonstra algumas categorias específicas de promoção e prevenção.

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e Multidimensional	Ausência de Doenças
Modelo de Intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc.	Profissionais de saúde

Quadro 12 - Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

Fonte: Stachtchenko & Jenicek (1990) apud Buss (2004)

A prevenção de doenças são ações importantes e devem contemplar as práticas curriculares, afinal consistem em uma das ações integradas em saúde. Assim como a promoção, a prevenção consiste em estratégia complementar e não de substituição das demais ações. Dessa forma concordo com a tese de Stachtchenko & Jenicek (1990) apud Buss (2004), os quais afirmam que as duas abordagens- promoção e prevenção- são complementares e não excludentes na formação profissional e no planejamento dos programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequadas e equilibradamente propostas em ambos os campos.

A partir das análises realizadas, pode-se concluir que a Instituição tem o propósito de realizar uma formação profissional de acordo com as propostas do SUS, conforme proposto no perfil profissional. Apesar disso, ainda desenvolve práticas, em sua grande maioria, exclusivamente do Modelo Biomédico hegemônico.

5.1.2 O Curso Técnico em Enfermagem e seu respectivo Plano de Curso

O Curso Técnico em Enfermagem foi reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação, e seu Plano de Curso elaborado em 2008, estava embasado no Decreto

Federal nº 5.154/2004; na Resolução CNE/CEB nº 01/2005 e na Resolução CEE/AC nº 10/2003.

Neste referido plano foram analisados os seguintes tópicos: Objetivos, Perfil Profissional de Conclusão e Matrizes Curriculares.

I- Objetivos

Formar profissionais Técnicos em Enfermagem para atuar com qualidade no cuidado em sua dimensão ética e técnica. Reconhecendo e valorizando a autonomia das pessoas para assumirem a sua própria saúde. Realizando assim ações de promoção, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e da coletividade.

O respectivo objetivo relata que a formação de recursos humanos deve enfatizar o reconhecimento e valorização da autonomia do indivíduo, para que o mesmo possa assumir a sua própria saúde.

Este conceito se remete a uma dupla interpretação:

a. Concepção do **Relatório Lalonde**, o qual designa que a Promoção de Saúde está correlacionada ao **estilo de vida**, no qual apenas o cidadão é responsável pela sua saúde, sendo o foco de atenção restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, centrando-se portanto, na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problemas prioritários nos países desenvolvidos (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003);

b. Ao próprio conceito de Promoção de Saúde proposto na Carta de Ottawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL,2001,p 19). Neste contexto a comunidade deve participar das decisões de prioridades como uma estratégia essencial para operacionalizar a promoção de saúde.

O referido plano assume a realização das AIS, ao afirmar que o profissional realizará “ações de promoção, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e da coletividade”. Dessa forma, a visão integral é pertinente ao objetivo do curso, o que conduz para um Modelo Integral de Formação.

II- Perfil Profissional de Conclusão

O Técnico em Enfermagem é um profissional da saúde, integrante da equipe de enfermagem, com exercício regulamentado nacionalmente. O profissional desenvolverá ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde nas unidades e serviços de saúde pública ou privada, conveniada ou não ao Sistema Único de Saúde – SUS (hospitais de baixa, média e alta complexidade, policlínicas, unidades de saúde da família, serviços de atendimento pré-hospitalar e em domicílio).

Em conformidade com seu objetivo, o perfil profissional descreve uma formação com vistas à realização das **Ações Integradas em Saúde**, resultadas da visão integral. Essa definição passou a exigir, entre outros, a organização de serviços e práticas de modo que articulasse as ações preventivo-promocionais com as de cura-reabilitação, cuja integração nos distintos estágios do cuidado favorecesse a produção de saúde. A integralidade, nessa medida, pressupõe a equanimização entre curar e prevenir doenças, mas também promover saúde superando-se entendimentos que dispõem estes campos como opostos, compreendendo-os em sua complementaridade e intercâmbio na produção de saúde (PASCHÉ & HENNINGTON, 2006).

A figura 13 demonstra como a Integralidade abrange todas as concepções e ações em saúde.

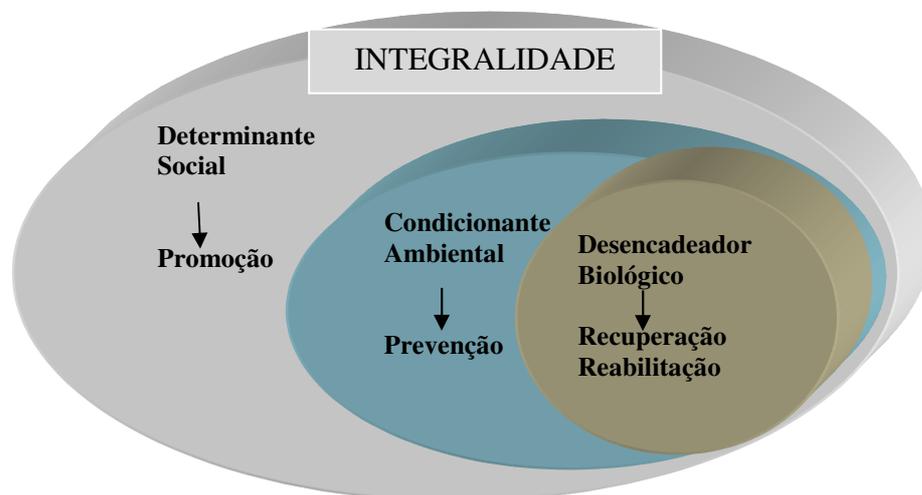


Figura 13 – Modelo de relação causal do processo saúde-doença
Fonte: Cutolo (2006).

III- Matriz Curricular

O curso Técnico em Enfermagem tem duração de 1.600 horas, sendo 1350 horas de aula teórico-demonstrativas e 250 horas destinadas ao Estágio Profissional Supervisionado.

A organização curricular está estruturada através do currículo por competências, no formato modular distribuído em 2 módulos, conforme figura 14.

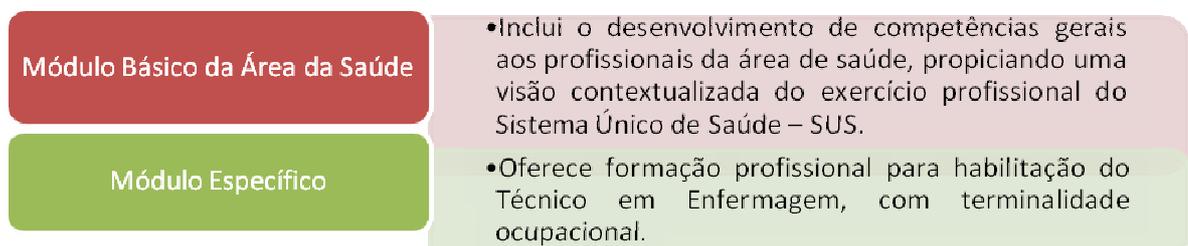


Figura 14- Organização Curricular do Curso Técnico em Enfermagem
Fonte: Plano de Curso Técnico em Enfermagem

O Módulo Básico e a sua proximidade com a competência, e suas respectivas habilidades e bases científicas que designam ações de Promoção da Saúde:

Eixo 1: Participando do Processo de Promoção e Prevenção à Saúde

Área 1: Visão Sistêmica de Saúde

Competência: Desenvolver em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Bases Científicas: Saúde e Doença dois Fenômenos da Vida e Normalidade e Risco; História das Políticas de Saúde no Brasil; Reforma Sanitária no Brasil; SUS: Projeto e Processo em Construção, Princípios Finalísticos em Construção e Diretrizes, Estratégias do SUS; Pacto pela Vida, em defesa do SUS e pela Gestão; Programa de Atenção Básica Ampliada; A Equipe em Construção; Velocidade e Intervalo de Tempo; Produção de Informação; O que é Cidadania/Florestania; Construção de novas práticas assistências no hospital e nas unidades de atenção básica.

Habilidades: Identificar a estrutura organizacional do SUS; Realizar diagnóstico situacional de saúde das condições de saúde a nível local; Conhecer a história da reforma sanitária no Brasil para compreender o SUS; Conhecer as diretrizes do Pacto pela Vida em defesa do SUS; Reconhecer a importância do trabalho em equipe; Identificar os princípios do atendimento humanizado.

O eixo “Participando do Processo de Promoção e Prevenção à Saúde” consiste no objetivo da competência. É pertinente afirmar que as palavras promoção e prevenção foram citadas como sinônimas, visto que, a prevenção está associada à palavra saúde, a qual, no entanto, deveria estar associada à doença.

A competência apresentada descreve a realização da associação de duas ações de saúde para melhorar a qualidade de vida da população, sendo elas: ações de “Promoção da Saúde” e ações de “Prevenção de Agravos”. Para o desenvolvimento desta competência, a mesma encontra-se subdividida em duas áreas de estudo, sendo a primeira denominada de Visão Sistêmica de Saúde, e a segunda denominada de Educação para o Auto-cuidado, a qual será descrita posteriormente.

Nesta primeira área de conhecimento, Visão Sistêmica da Saúde, as bases científicas e habilidades conduzem a uma formação profissional que explicita sobre o sistema de saúde vigente no país, realizando um resgate político-histórico, desde a História das Políticas e Reforma Sanitária até a situação atual, representada pelo pacto em defesa do SUS.

Desta forma, a concepção saúde-doença está implícita nesta competência, pois acredita-se que os mesmos estão participando de uma formação que contemple as características do movimento da Reforma Sanitária, que tinha como pressuposto que a saúde é uma produção sócio-histórica (PASCHE & HENNINGTON, 2006). A partir desta concepção, as ações de Promoção de Saúde estão alicerçadas na Carta de Ottawa (1986), sendo, portanto, um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) referendo-se a uma “combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de “responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (BUSS, 2004).

Eixo 1: Participando do Processo de Promoção e Prevenção à Saúde

Área 3: Educação para o Auto – Cuidado

Competência: Desenvolver, em equipe, ações de promoção da Saúde, prevenção de agravos, visando à melhoria da qualidade de vida do indivíduo e comunidade.

Bases Científicas: Saúde para Todos no Ano 2000; Barreiras para uma Boa Ação Educativa; Comunicação; Modelos e Abordagem na Comunicação em Saúde; Recursos para Trabalhar com Grupos; Estratégias Intencionais de Comunicação; Educação em Saúde: Compromisso e Prática do AVISA; Notas sobre Educação em Saúde; Educação para Saúde; Educação para Saúde e Promoção da Saúde

Habilidades: Construir o conceito de comunicação a partir da reflexão da realidade do trabalho em saúde; Identificar as etapas da comunicação social relacionado com seu processo de trabalho; Construir plano de ação para a realização de uma ação educativa; Avaliar o processo de comunicação no trabalho em saúde identificando os diversos modelos de comunicação; Organizar grupos de discussão; Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, água e dejetos); Realizar ações de prevenção de controle das doenças prevalentes na área de abrangência da unidade de saúde, conforme norma do serviço; Orientar o usuário para o auto-cuidado.

A segunda área de conhecimento elege a Educação e a Comunicação como temáticas para desenvolver a Promoção da Saúde, em complementação à primeira área citada anteriormente.

É necessário discorrer *à priori*, a respeito de alguns conceitos para a análise sobre Educação em Saúde.

A Educação em Saúde é classificada de três maneiras, conforme a concepção Saúde-Doença, podendo ser visualizadas no Quadro 13.

Concepção Saúde-Doença	Classificação de Educação	Ações de Saúde
Determinação Social	Educação em Saúde (Problematizadora)	Promoção da Saúde
Multicausalidade	Educação Sanitária (Bancária)	Prevenção & Proteção
Unicausalidade	Informação ao usuário (Bancária)	Recuperação, reabilitação
Integralidade	Educação em Saúde, Educação Sanitária, Informação ao usuário.	Recuperação, Reabilitação, Prevenção & Proteção, Promoção da Saúde

Quadro 13: Classificação de Educação em Saúde e suas correlações com a concepção saúde-doença e as ações de saúde.

Fonte: Cutolo, 2009.

Moretti-Pires (2008) em sua tese de doutorado reflete sobre as correntes de educação em saúde apresentadas por Paulo Freire- Educação Bancária e Educação Problematizadora.

A primeira delas consiste na **Educação Bancária** ou **Tradicional**, onde o conhecimento é transmitido de uma pessoa (o educador)- detentor do inquestionável e absoluto conhecimento- para outra pessoa (o educando)- portador da capacidade de ouvir e memorizar, sendo desestruturado de qualquer possibilidade de uma construção genuína de conhecimento (MORETTI-PIRES, 2008).

A Educação Bancária está em consonância com o modelo de conhecimento empirista (positivista), onde o educando é um sujeito passivo, contemplativo e receptivo, com o objetivo apenas de registrar estímulos vindos do exterior. Há, portanto, disparidades entre o educado e o educador, sendo este último um sujeito carregado da subjetividade do eu, do eu absoluto e individual.

Dentro de uma relação interacionista, a educação bancária é o resultado de um Estilo de Pensamento alicerçado na corrente filosófica positivista, com influência do modelo de formação Biomédico. É subdivida em:

a. **Educação Sanitária:** é resultado da concepção multicausal do processo saúde-doença. A partir desta, o educador acredita que o processo de adoecimento está relacionado ao desequilíbrio entre o meio ambiente, o agente etiológico e o hospedeiro. Desta forma, promover educação em saúde significa privilegiar especificamente a execução de ações em saúde de prevenção e proteção (CUTOLO, 2001).

A prevenção, onde necessariamente deve ocorrer uma intervenção no meio ambiente, pode ser exemplificada pelo ato de eliminar a gordura da alimentação, com o objetivo de minimizar o colesterol. A inserção de um hábito de caminhar consiste em um exemplo de proteção, onde a intervenção deve acontecer no hospedeiro.

b. **Informação ao Usuário** é a outra maneira de Educação Bancária, pela qual o educador assume uma concepção unicausal. O objetivo *mor* desta educação consiste em orientar o indivíduo sobre os seus aspectos fisiológicos e patológicos. É o ato de informar quais as taxas de exames laboratoriais, bem como definir as ações necessárias de reabilitação e/ou recuperação.

A palestra é uma estratégia utilizada na Educação Bancária, podendo assumir, dependendo do seu contexto, tanto a categoria de Educação Sanitária como a de Informação ao Usuário. Ocorre sempre de forma pontual, sobre assuntos pré-determinados e não contextualizados com a necessidade e/ou realidade social,

além de possuir uma significativa lacuna, que é ausência da participação da comunidade na mesma.

A segunda corrente apresentada por Paulo Freire é a **Educação Libertadora** ou **Problematizadora**. Esta enseja uma permuta de conhecimentos entre o educador e o educando, de forma horizontal, onde todos os elementos inseridos nestes conhecimentos pertencem à somente um nível de importância. Assim, a legitimidade do conhecimento nesta categoria apenas é garantida, se o mesmo proporcionar uma educação crítico-social com raízes fortemente democráticas, capazes de compreender o contexto sócio-histórico e realizar ações em saúde conforme esse entendimento (MORETTI-PIRES, 2008).

A Educação Problematizadora está baseada na Dialética, segundo a qual, Cutolo (2001) descreve-a como um modelo onde o conhecimento só pode ser compreendido pela intermediação entre sujeito e o objeto, isto é, entre o educando e o educador. Assim, tanto o educador quanto o educando são sujeitos históricos, criadores de sua própria cultura. O resultado desta educação consiste no emprego dos conceitos de desenvolvimento comunitário e *empowerment* como elementos-chave para alcançar saúde.

Esta formação a partir do *empowerment* no sentido de promover a educação em saúde é legítima e deve estar presente na promoção de saúde, mas deve alcançar uma visão mais ampla. O *empowerment* da população organizada, através da difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é central na estratégia da promoção para a reivindicação por políticas públicas saudáveis. Assim, o *empowerment* deve estimular e proporcionar a participação ativa da sociedade na construção de políticas públicas, superando a idéia de políticas públicas como iniciativas exclusivas ou monopolísticas do aparelho estatal (BUSS, 2000).

Contudo, o texto cita como habilidade a ser desenvolvida pelo educando “*Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, água e dejetos*”. Esta educação se revela como educação sanitária, realizada através de medidas de prevenção à doenças e proteção ao indivíduo. Não se trata de negar esta classificação, mas sim de ampliá-la para uma visão mais abrangente para atingir o objetivo maior que é a Promoção da Saúde.

Assim, sugiro uma discussão, entre os atores formativos da ETSMMR, sobre a temática Educação em Saúde a partir da classificação apresentada no quadro 13, pois para que ocorra a concreta realização de Promoção da Saúde através da educação, o profissional ao conceber uma visão integral de saúde, deve-se apropriar de todas as formas de educação – Informação ao paciente, Educação Sanitária e Educação em Saúde. O objetivo principal desta consiste em propiciar uma educação baseada em um dos princípios da Carta de Ottawa (1986), que consiste no *empowerment* comunitário. Este tem a finalidade de reorientar os serviços de saúde e desenvolver habilidades individuais direcionadas à educação e ao autocuidado da comunidade (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Tendo como premissa fundamental a visão integral, considero que apenas com a realização das três formas de classificação, é que de fato, ocorrerá o empoderamento e a capacitação comunitária prevista no conceito de Promoção da Saúde na Carta de Ottawa: *“Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação deste processo”*.

Eixo 2: Produzindo e Socializando Conhecimento

Área 4: Vigilância em Saúde

Competência: Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Bases Científicas: Cadeia de transmissão das doenças: Agente Infeccioso, Hospedeiro e mecanismo de Transmissão; Método Epidemiológico/indicadores de saúde: Dados Demográficos, Riscos Sanitários e Riscos Ambientais; Vigilância em Saúde; Epidemiológica, Sanitária e Ambiental; Saneamento Ambiental; Medidas de Prevenção a Riscos ambientais e sanitários; Humanização Ambiente, Doenças Infecciosas e não Infecciosas; Sustentabilidade; Povos da Floresta e a Produção de Saúde: A Fluidez do Território; Programa de Atenção ao Meio Ambiente – OPAS.

Habilidades: Realizar ações de prevenção de controle das doenças prevalentes nas áreas; Orientar indivíduos, famílias e grupos sobre medidas de proteção à saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde; Identificar parceiros dos setores governamentais e não governamentais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde; Identificar condições de risco à saúde de indivíduos e população; Informar ao serviço a ocorrência de situações de risco à saúde.

O eixo “Produzindo e Socializando Conhecimento” é o objetivo da competência, a qual pretende desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de riscos ambientais.

A área de conhecimento é a Vigilância em Saúde, pois no Brasil a idéia de Promoção da Saúde tomou várias perspectivas, entre as quais o desenvolvimento da estratégia da Vigilância da Saúde. Esta por sua vez, na década de 70, concebia o processo saúde-doença a partir da visão multicausal, prevalecendo ações preventivas em relação ao meio, e ações de proteção em relação ao homem. Isto pode ser observado na seguinte habilidade proposta “*Orientar indivíduos, famílias e grupos sobre medidas de proteção à saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde*”.

Dentre as habilidades percebe-se a intenção de realizar um dos princípios de promoção da saúde proposto por Sícoli e Nascimento (2003), que é a intersectorialidade. É este o momento que originalmente está relacionado à Promoção da Saúde.

Segundo Buss (2000), a intersectorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como por exemplo, educação, trabalho, renda, ambiente, educação, transporte, agricultura, etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política.

Percebe-se neste plano de curso, que a instituição mantém densamente o propósito de realizar uma formação profissional de acordo com a Integralidade. Contudo, há diversas incoerências entre as competências propostas com suas respectivas bases científicas e/ou habilidades. Percebe-se também a ausência das particularidades e definições de alguns conceitos como, por exemplo, educação e concepção de saúde.

Conclui-se que, embora a Integralidade seja mencionada no discurso teórico, os requisitos que representam a prática profissional- correspondendo à matriz curricular- revelam uma formação com características díspares da proposta do SUS, predominando ações, de prevenção e recuperação, genuinamente do modelo biologicista, sendo reflexo do Modelo de Formação Flexneriano.

5.1.3 O Curso Agente Comunitário de Saúde e seu respectivo Plano de Curso

O Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação e seu Plano de Curso elaborado em 2006, estava embasado no Decreto Federal nº 5.154/2004; na Resolução CNE/CEB nº 01/2005 e na Resolução CEE/AC nº 10/2003.

Neste plano de curso as análises contemplam os seguintes tópicos: Justificativa, Perfil Profissional de Conclusão e Matrizes Curriculares

I- Justificativa

Hoje o Brasil possui aproximadamente 190.000 agentes comunitários de saúde, que atuam nas microáreas desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde.

O ACS reside na própria área de atuação. Ao ser contratado recebe um treinamento para atuar na comunidade sob a supervisão de um Enfermeiro. Seu principal instrumento de trabalho é a visita domiciliar..... O agente é o principal responsável pela comunicação entre as famílias e o serviço de saúde estimulando na comunidade a adoção de práticas que proporcionem melhores condições de saúde.

O Curso Técnico em ACS proposto visa atender à demanda por profissionalização dos ACS's do Estado do Acre, preparando o trabalhador para atuar na equipe multiprofissional, desenvolvendo ações de promoção à saúde e prevenção de agravos através de ações educativas que garantam acesso aos serviços, a promoção social e a proteção da cidadania.

É importante iniciar esta análise ressaltando que a palavra treinamento está banida das ciências da educação. Recomendo sua substituição por um sinônimo que consiga transmitir o contexto apresentado.

O plano de curso descreve o ACS como um profissional que atua na Atenção Primária em Saúde, com o propósito de realizar a comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde para melhores condições de saúde, sendo este o principal argumento para formação profissional.

O principal objetivo do ACS é a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos utilizando apenas a educação como estratégia para consagrar tal objetivo.

O texto relata que a visita domiciliar é o principal instrumento de trabalho do ACS. Mas, qual a finalidade de uma visita domiciliar? Em que medida a visita proporciona promoção de saúde?

A atenção domiciliar é dividida em:

- a. Visita Domiciliar (meio);
- b. Assistência Domiciliar (fim);
- c. Internação Domiciliar.

As práticas educativas estão na Atenção Domiciliar meio. Em que medida essa visita meio pode promover práticas educativas e identificação de determinantes? Qual o conceito de saúde que o profissional possui? Que tipo de Educação em Saúde é desenvolvida?

Apesar da educação em saúde compor uma ação de promoção, ela não é a única. A prática educativa em saúde quando visa o empoderamento e a autonomia dos indivíduos, é apenas um dos cinco eixos da promoção da saúde propostos na Carta de Ottawa (1986). Contudo, o ACS deve estar apto a exercer as demais proposições de promoção.

O acentuado vínculo que este profissional tem com as famílias e comunidade, permite que o mesmo exerça uma coerção de pensamento com vistas a impetrar o desenvolvimento de todos os princípios da Nova Promoção da Saúde: empoderamento, participação popular, ações multi-estratégicas, intersetorialidade.

O texto finaliza garantindo “*a proteção da cidadania*”, fato este de significativa relevância, pois a palavra cidadania remete-se a garantia da promoção da saúde.

II- Perfil Profissional de Conclusão

O ACS é um profissional que compõe a equipe do Programa de Saúde da Família [...]. Sua atuação requer envolvimento com a população que o reporta às condições de vida da comunidade, como determinantes do estado de saúde.

Neste contexto, este profissional é desafiado a concretizar em sua práxis o vínculo com as famílias, estimulando a adoção de práticas propícias às condições de saúde, facilitando o acesso aos serviços do SUS e atuar como um agente social nas esferas de organização da vida social.

O perfil profissional demonstra um ACS interligado com a comunidade, e com cardinal responsabilidade no acesso aos serviços de saúde.

Percebe-se o predomínio da visão social do processo saúde-doença quando o texto explicita “*determinantes do estado de saúde*”

III- Matriz Curricular

O curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde tem duração de 1.300 horas. A organização curricular está estruturada através do currículo por competências, no formato modular distribuído em 3 módulos, conforme Figura 15.

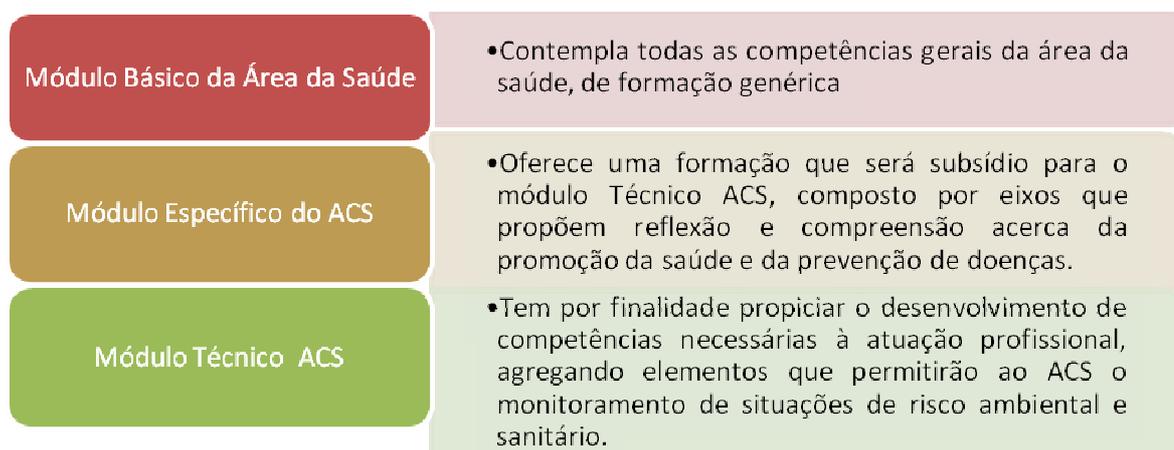


Figura 15- Organização Curricular do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde
Fonte: Plano de Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde

O Módulo Específico e a sua proximidade com a competência, e suas respectivas habilidades e bases científicas que designam ações de Promoção da Saúde:

Eixo 1: Promoção à Saúde de indivíduos e da coletividade

Competência: Desenvolver, em equipe, ações de promoção à saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde.

Bases Científicas: Risco social: conceitos; Programas de atenção básica à saúde; Promoção da saúde: conceitos e estratégias; Plano Estadual e Municipal de Saúde; Educação popular: conceitos e práticas populares de saúde; Intersetorialidade: conceitos e dinâmica político-administrativa municipal; Estrutura e funcionamento do corpo humano nas diferentes fases do ciclo vital; Medidas de prevenção de acidentes; Sexualidade humana: conceitos, direitos, planejamento familiar; Aspectos Psicossociais nos diferentes ciclos da vida.

Habilidades: Identificar a relação entre problemas de saúde e as condições de vida; Participar de ações intersetoriais; Articular-se com estruturas sociais (creches, asilos e outros); Fornecer apoio necessário à ações de natureza sociais; Mobilizar comunidades para participar de discussões acerca de problemas de saúde; Realizar atividades educativas, considerando a cultura local; Utilizar linguagem correta e adequada; Utilizar recursos de informação para estimular ações de saúde preventiva; Atuar na prevenção de acidentes domésticos.

O eixo “Promoção da Saúde de indivíduos e da coletividade” é o objetivo da competência, a qual designa uma forte participação da sociedade nas ações em saúde. A competência é, portanto, marcada pelo controle social como forma de garantir a melhoria da qualidade de vida.

As bases científicas e habilidades ratificam a visão social do fenômeno saúde-doença, conforme previsto no perfil profissional, sendo observando na habilidade: *“Identificar a relação entre problemas de saúde e as condições de vida”*.

Também contemplam diretrizes de Promoção da Saúde, podendo observar a presença da Participação Social, das Ações Intersetoriais e Multi-estratégicas e Empoderamento da comunidade.

As ações educativas realizadas contemplam a classificação estabelecida no quadro 13. Há um predomínio de maior peso na educação problematizadora, visando o empoderamento comunitário. Mas há também, a educação bancária complementando a primeira educação, articulando desta forma, a integralidade das ações.

Considero ser esta, a matriz curricular, que mais se aproxima da temática Promoção da Saúde a partir dos conceitos contemporâneos da Nova Promoção da Saúde. Além disto, ela está em consonância com a justificativa do Plano de curso, pois adota práticas curriculares que resultam em ações de promoção da saúde.

5.2 GRUPO FOCAL E SEUS RESULTADOS

O Grupo Focal foi desenvolvido em 04 encontros denominados de Oficinas, conforme figura 16.

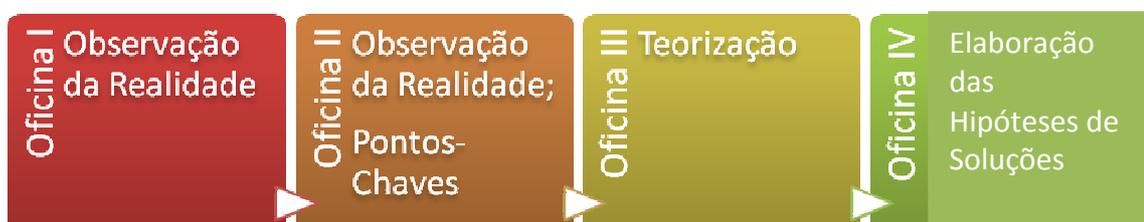


Figura 16- Apresentação das Oficinas e seus respectivos passos.

5.2.1 Oficina I: Apresentação do Projeto de Pesquisa e Observação da Realidade

A Oficina I aconteceu no dia 27 de Abril de 2009, no período matutino, na sede da Escola Técnica e teve como objetivo principal realizar a Observação da Realidade diante do problema instalado, isto é, apreender a concepção dos participantes sobre a temática **Processo Saúde-Doença**.

Além disto, o Plano de Ação da Oficina I (Apêndice C) compreende uma síntese sobre esta pesquisa, com todos os componentes essenciais para a realização da mesma, conforme descrição a seguir.

5.2.1.1 Disposição do ambiente e Chegada dos Participantes

A sala utilizada para realização da oficina estava disposta com diversas cadeiras, localizadas umas ao lado das outras formando um semi-círculo. As cadeiras estavam voltadas para a mesa de apoio, na qual estavam instalados os equipamentos, tais quais: data show, computador, máquina fotográfica, pincel, papel A4, papel cartão, revistas, tesouras, colas e demais materiais utilizados durante o evento.

Próximo a porta de entrada estava ajustada uma câmera filmadora, a qual através de um cinegrafista registrou todos os momentos da oficina.

No lado externo da sala, os participantes disseram que estavam na expectativa do início da mesma. Os 3 primeiros que adentraram na sala sentaram juntamente um ao lado do outro. Os demais acomodaram-se em lugares distintos.

5.2.1.2 Agradecimentos e Boas-Vindas

Iniciei o evento agradecendo a presença de todos, enaltecendo a disposição dos mesmos em aceitar o convite, e ressaltando a importância da contribuição para a pesquisa.

Afirmar que a referida oficina tratava-se de uma atividade designada pelo Mestrado Profissional, mas que também referia-se ao Plano de Educação Permanente que a Escola deveria realizar.

5.2.1.3 Início das Atividades- Momento 1.

O evento foi marcado por três momentos. O **Momento 1** contemplou uma apresentação sobre: o Programa de Mestrado; a Universidade; o Orientador; o Tema, o Objetivo, Metodologia e Dimensão Ética da Pesquisa; finalizando com uma dinâmica para integração grupal. Para o desenvolvimento deste momento preparei uma seqüência de slides que nortearam o evento, conforme seqüência descrita abaixo.

I- O Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Relatei sobre o Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* que a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha participa através de seus colaboradores.

O referido curso é integrante do Programa de Mestrado Profissional Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e, oferecido pelo Ministério da Saúde, sendo executado pela Universidade do Vale do Itajaí.

II- A Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI

Apresentei a Universidade do Vale do Itajaí, discorrendo um pouco sobre suas áreas de atuação enquanto Instituição Formadora, e disponibilizei o endereço eletrônico da mesma para maiores informações.

III- O Orientador – Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Explicitei o currículo simplificado do Professor Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo, a partir do qual foi destacada a importância da Atividade Acadêmica de Orientação realizada pelo professor, como diretriz principal para o desenvolvimento da pesquisa.

IV- O título: Formação de Recursos Humanos, sob a perspectiva histórico-dialética, das ações de Promoção da Saúde, com ênfase no Processo Saúde-Doença.

Neste momento apresentei o título da pesquisa, afirmando que não poderia explicar minuciosamente o significado da mesma, pois se assim a fizesse estaria direcionando e/ou induzindo as respostas dos participantes para o resultado esperado.

V- Objetivo Geral

O objetivo geral da pesquisa foi relatado de forma sucinta para evitar o direcionamento das respostas. Destaquei os seguintes aspectos:

- Mudanças de Práticas Curriculares;
- Mudanças Epistemológicas e de Concepções.

VI- Dimensão Ética do Estudo

Neste momento foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes. Reafirmei, novamente, que a participação dos integrantes da oficina era espontânea. Ressaltei a possibilidade dos participantes evadirem-se da pesquisa a qualquer momento.

VII- Metodologia da Pesquisa

Expliquei sucintamente sobre a metodologia selecionada, sendo: Análise Documental desempenhada nos Planos de Cursos; e o desenvolvimento das oficinas, sendo aplicado o Arco de Marguérez.

VIII- Dinâmica

O momento 1 da oficina foi finalizado com uma dinâmica, desenvolvida com a finalidade de promover descontração e integração dos participantes.

Para realização da dinâmica, os participantes foram posicionados em pares, sendo disposto um de frente para o outro. Cada participante recebeu um bombom, colocou-o na mão, e estendeu o braço que continha o bombom para frente. O objetivo da dinâmica era colocar bombom descascado na boca, sem dobrar o braço e sem utilizar a outra mão.

Com muita descontração os pares se olhavam e tentavam descobrir uma forma de realizar a atividade. Aos poucos, cada par foi cumprindo a sua missão e ao final foi relatado a mensagem que a dinâmica detinha:

- a. Demonstrar a dificuldade de realizar atividades com limitações, pois a utilização de apenas uma mão para abrir o bombom torna a mesma inexecutável;
- b. Como colocar o bombom na boca descascado e sem dobrar o braço? Através da parceira, pois o ser humano necessita do outro em vários momentos da vida para consecução de seus objetivos e metas.
- c. Afirmar que não somos auto-suficientes e, portanto, necessitamos uns dos outros.

5.2.1.4 Momento 2

O **Momento 2** foi contemplado com uma atividade individual sobre a **Concepções dos Participantes sobre Processo Saúde-Doença**.

Inicialmente foi solicitado aos participantes que os mesmos respondessem individualmente em uma folha de papel a seguinte pergunta: O que você entende sobre o binômio saúde-doença?

Os participantes ficaram por vários minutos olhando para a pergunta. Percebi que a palavra “binômio” os deixou confuso, sendo que os mesmos não estavam entendendo-a. Assim, solicitei para que eles ignorassem a mesma, e elaborassem a resposta de acordo com seus entendimentos.

As respostas, consideradas neste estudo como Unidades de Registros, são relatadas a seguir conforme as Categorias de Análise.

Categoria I- Saúde como Ausência de Doença

Participante 1-P1

Entendo como um sinônimo de prevenção.
Como anular doenças e obter mais saúde”.

Este participante afirma explicitamente que saúde é **prevenção**, significado este que se remete ao Modelo de Medicina Preventivista descrito por Leavell &

Clarck, sendo representado pela História Natural das Doenças, o qual descreve os níveis de prevenção, podendo-se concluir que **Saúde é ausência de Doenças**.

Pode-se ratificar esta conclusão a partir da segunda frase do participante, pois o mesmo considera que se anulo doença, obtenho saúde.

Resultado do modelo de formação biomédico, este discurso prioriza o fenômenos biológicos, em cuja prática a doença centraliza-se como tema privilegiado.

Participante 2- P2

Saúde:

Bem- estar (físico, psíquico, biológico)

Não estar doente

Doença:

Qualquer modificação biológica, física e psicológica.

Saúde x Doença → Equilíbrio

O participante 2 elaborou três conceitos de saúde.

O primeiro referencia-se ao conceito de saúde descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde saúde consiste no bem-estar. Apesar do mesmo se aproximar do conceito da OMS, percebe-se a ausência do aspecto social. Observa-se também uma redundância de discurso quando o participante afirma que o bem-estar deve ser físico e biológico, pois ambos detêm o mesmo significado.

O participante concluiu elaborando um novo e contraditório conceito afirmando que ter saúde é não estar doente. Observa-se, portanto, o predomínio do **Modelo Biologicista** com foco na doença e produzindo uma visão profissional exclusivamente **biológica**, na qual o paciente representa um corpo doente que precisa ser curado (CUTOLO; CESA, 2003).

O terceiro conceito relaciona a saúde como equilíbrio, decorrente da **visão multicausal**.

Nota-se que nas três situações manteve-se a dicotomia entre saúde e doença, mantendo-os como componentes distintos e individuais, o que o caracteriza o fenômeno como estado, e não como processo.

Portanto, partindo da premissa exposta pelo participante, que **ter saúde significa a ausência de doenças**, pode-se afirmar que **Promover Saúde é o mesmo que Prevenir Doenças**. Neste entendimento, Promoção de saúde é sinônimo de Prevenção.

Categoria II- Saúde como Bem-Estar Físico, Mental e Social e a Doença como desequilíbrio

Participante 3- P3

É um processo que ocorre em um indivíduo através do bem estar físico, mental e social, proporcionando-lhe a saúde, a falta de regulação desse bem estar no ser humano causa o processo de adoecimento em um ser humano (meus grifos).

Observa-se explicitamente neste conceito a palavra **processo**. Contudo ao analisar completamente e implicitamente a frase, conclui-se que esta palavra se refere a **estado**, uma vez que a maneira como o participante menciona, subentende-se que apenas de forma individualizada e fragmentada, os fatores - o bem estar físico, mental e social- proporcionam diretamente saúde ou doença.

Esta concepção retrata o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde, a qual afirma que “Saúde é o bem-estar físico, mental e social”.

O participante conclui a concepção afirmando que a **doença é resultado da falta de regulação deste estado**, o que caracteriza **Doença como Desequilíbrio**. Esta é uma característica do **Modelo Multicausal**, o qual afirma que a causa da doença não é única, mas que no seu aparecimento coexistem várias. O comportamento anormal de um dos fatores pode ocasionar o desequilíbrio do sistema e conseqüentemente o aparecimento da doença. Assim, a presença de um ambiente desfavorável ocasiona transtornos no hospedeiro e ativação do agente que até então pode ter permanecido inativo ou em estado de não agressão, rompendo o equilíbrio (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Participante 6- P6

Saúde: Bem-estar (físico, psicológico e químico) em equilíbrio.

Doença: Estar em desequilíbrio em alguns dos fatores supra-citados (físico, químico e/ou psicológicos).

A **visão multicausal** é predominante nesta definição, pois o mesmo relata que para ter saúde deve haver um equilíbrio entre os fatores físico, psicológico e químico. Diante desta exposição, estar doente consiste no desequilíbrio dos mesmos.

Nota-se que não há menção ao aspecto social, resultando na intervenção de ações em saúde de prevenção e recuperação.

Novamente, nesta categoria em ambos os conceitos, promover saúde significa intervir preventivamente para evitar o desequilíbrio do organismo, e minimizar o índice de doenças.

Categoria III- Saúde como Processo – Determinantes e/ou Condicionantes.

Participante 4- P4

A saúde é entendida por mim como um estado dentro de um contexto: não se é todo saúde nem todo doença. Vista desta forma ela pode ser definida como um PROCESSO, no qual intercala-se saúde e doença, onde são inúmeros os determinantes e/ou os condicionantes.(meus grifos)

O conceito apresentado por este participante revela uma aproximação com a **Determinação Social** do Processo Saúde-Doença, através das palavras “*determinantes e condicionantes*”.

Na concepção exposta, o participante refere-se ao fenômeno saúde-doença como estado, mas implicitamente em seu discurso, o mesmo é pertinente a **processo**. Este, por sua vez, compreende a saúde-doença dialeticamente, isto é, dinamicamente, podendo o indivíduo estar saudável ou doente de acordo com os determinantes e condicionantes sociais. Sendo assim, está correlacionado ao potencial que as pessoas têm no acesso às necessidades para viver a vida, que são: moradia, alimentação, trabalho, educação, saúde, lazer, etc. Esse acesso depende da inserção da pessoa na sociedade, onde a mesma pode dispor de possibilidades maiores ou menores.

Os profissionais de saúde ao apreenderem esta concepção, situam o sintoma ou sinal físico apresentado pelo indivíduo como reflexo das condições de vida e trabalho dessa pessoa. (FRACOLLI, BERTOLOZZI, 2002).

Assim, os determinantes sociais em saúde- socioeconômico, cultural e ambiental- se relacionam com as condições de vida e trabalho das pessoas, como habitação, esporte, cultura, lazer, transporte, etc. (BATISTELLA,2007).

Vaistman (1992) citado por Carvalho (2007) relata que

[...] pensar a saúde atualmente passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer- ou da sua ausência-, por exemplo, do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (p. 26).

Em muitos casos, essa relação resulta em desigualdades decorrentes das condições sociais das pessoas, sendo esta a argumentação explicativa porque certos grupos populacionais são mais susceptíveis do que outros para contrair certos tipos de doenças.

A partir desta categoria, promover saúde significa minimizar as iniquidades sociais, proporcionando desta forma, uma melhoria na qualidade de vida da população.

Participante 5- P5

Saúde:

Ausência de doença + particularidades = aspectos sociais e psicológicos;
Conceito da OMS.

Doença:

Descaso;
Irracionalidade;

Explicitamente este participante afirma que saúde consiste na interface existente entre os aspectos biológicos e os aspectos sociais e psicológicos. Deve-se enfatizar a relevância que o mesmo fornece aos determinantes sociais, utilizando-os como elementos que caminham *pari passu* com às questões de cunho biológico.

Ao descrever doença, P5 a conceitua ser retrato de descaso e/ou irracionalidade, o qual pode incidir de duas maneiras:

a. Descaso e irracionalidade do sujeito, que reflete a culpabilidade da vítima por não ter aderido às orientações e informações “ideais” realizadas pelos profissionais, como única e exclusiva maneira de manter-se saudável. Legado do Relatório Lalonde, a mudança de estilo de vida transfere qualquer responsabilidade governamental para o indivíduo, sendo este capaz de resolver individualmente seus problemas de saúde.

b. Ou se refere a descaso e irracionalidade governamental onde, no entanto, deveria proporcionar condições de salubridade de forma equânime para toda a população, independente de classe social, sexo, cor ou raça.

Conclui-se que o P5 aproxima-se de uma visão integral do fenômeno saúde-doença, pois o mesmo envolve tanto a visão biológica, quanto a visão social.

Categoria IV- Saúde como Prevenção e relacionada ao Estilo de Vida

Participante 7- P7

Saúde: Segundo a OMS é um bem estar físico, mental, social e psicológico, mas a saúde depende muito do ser humano, pois existem várias pessoas que não tem nada, os exames psicológicos, por imagem e anatomopatológico não diagnosticam nada, portanto existem pessoas que sempre acham que não tá bem, que sente algo, e na realidade nada é encontrado como causa deste mal estar. Ou seja, a saúde e a doença dependem de como enfrenta a vida, dos seus objetivos, vontades e escolhas, do modo como se vive.

Inicialmente o P7 remete-se ao conceito da Organização Mundial de Saúde, o qual afirma saúde como bem-estar e descreve-o como estado. Posteriormente, a participante complementa relatando alguns tipos de exames de diagnóstico para doenças. Aqui percebe-se a unicausalidade da doença e o caráter preventivo através dos referidos exames.

A participante conclui afirmando que “saúde depende dos objetivos, das vontades, escolhas e modo como se vive”. Essa frase pode ser interpretada por duas maneiras:

- a. Saúde é dependente do Estilo de Vida, sendo o indivíduo o responsável por seus hábitos e atos, os quais conseqüentemente refletirão da sua condição de saúde;
- b. Saúde depende dos fatores e determinantes sociais no qual o indivíduo está inserido.

Categoria VI- Doença como Desgaste do Corpo

Participante 8- P8

Saúde: É estar bem fisicamente e psicologicamente. É estar bem disposta, saudável, sem nenhum incômodo no seu corpo.

Doença: Você sentir-se doente é estar desgastado, sentindo que seu corpo está sendo sugado por uma energia negativa que só nos faz mal.

O participante 8 ao relatar que “saúde é estar bem fisicamente e psicologicamente”, implicitamente refere-se a saúde como ausência de qualquer incômodo no corpo. Complementando o seu raciocínio, o P8 conclui assegurando que “doença é estar desgastado..., seu corpo está sendo sugado”. Este modo de ver concebe doença como desgaste do corpo, isto é, corpo como analogia a uma máquina, onde o funcionamento inadequado de alguma peça- ou melhor, de algum órgão- resulta em problemas para a máquina- isto é, para o homem. Portanto, mais uma vez predomina a visão multicausal.

5.2.1.5 Momento 3

No **Momento 3**, os participantes foram divididos em grupos e foi solicitado que os mesmos elaborassem um painel com gravuras, retiradas de revistas fornecidas, que respondessem as seguintes perguntas: a. Qual a saúde que temos? Qual a saúde que queremos? Esta atividade objetivava analisar a concepção de saúde dos grupos a partir de uma vivência prática, como complementar aos conceitos relatados meramente teóricos.

As respostas dos grupos estão representadas nos quadros 14 e 15.

GRUPO A

SAÚDE QUE TEMOS	SAÚDE QUE QUEREMOS
A questão do horror, do seqüestro que é um estado de patologia, pois causa também uma deficiência	Queremos um planeta mais sadio;
As guerras geradas pelo egoísmo, ambição que também é um estado patológico;	Jovens alegres, sem drogas, sem vícios;
Stress, da sociedade moderna que gera muito o estado de ansiedade e de dor;	Políticas Públicas como esporte, música, lazer, enfim;
Superlotação e a questão da não prevenção de algumas doenças, pois se está lotado a UTI, por exemplo, demonstra que a prevenção não foi bem trabalhada;	Prevenção desde a infância com relação a diabetes, obesidade, pois se a mãe estiver cuidando desde o início
Obesidade que também é patológico;	Professora, pois uma boa educação também faz parte da saúde
Vícios, álcool que também é um estado patológico	Esporte também é saúde e trás saúde e ajuda a gente a superar as nossas dificuldades.
Mecanização, pois vários operários que ficam doentes devido a movimentos repetitivos;	

Quadro 14: Concepção do Grupo A sobre Saúde

De acordo com as respostas apresentadas, percebe-se que o Grupo A tem uma concepção de saúde relacionada simplesmente com a presença ou ausência de doenças, pois descreve a saúde que temos como a presença de várias doenças e enfermidades. Este grupo conclui **Saúde como Ausência de Doenças**.

Na “saúde que queremos” implicitamente as gravuras e os discursos do grupo estavam voltados para a visão preventivista. Uma vez predominante a concepção de Saúde como ausência de doenças, promover saúde consistirá, portanto, em unicamente prevenir doenças.

GRUPO B

SAÚDE QUE TEMOS	SAÚDE QUE QUEREMOS
Dificuldades que temos de saneamento, precariedade do saneamento precário	Idéia de rede, que o SUS foi criado com essa ideologia de rede
Exclusão social e Injusta Divisão de Classes;	Participação Social, participação popular controle social;
Atendimento nas longas filas do SUS, sem saber se vão conseguir atendimento ou não	Gravura da árvore retrata Equidade do SUS, justiça, universalidade que são princípios que gostaríamos que fossem efetivos no SUS;
Ações pontuais, não tem continuidade que o SUS preconiza; estabelecimento de vínculos e muito mais	A teia não representa só a saúde, porque para você ter saúde você precisa da secretaria de obras, assistência social e outras ações que estão dentro desta teia.
	Ensino para sair da coisa individual para o nós, nós trabalhamos e estudamos Juntar o maior número de pessoas possíveis em uma nova forma de pensar, numa concepção nova;
	As gravuras estão interligadas porque nada acontece por si só, e não vai chegar aonde queremos chegar através de ações pontuais de um governo, ou de uma sociedade ou de trabalhadores de saúde. Só vai onde queremos chegar se todos tivermos como base o mesmo tripé: o governo, a sociedade e os trabalhadores.

Quadro 15: Concepção do Grupo B sobre Saúde

O grupo B retrata a “saúde que temos” não apenas a presença ou ausência de doenças, mas relaciona-a com:

a. A ausência de ações intersetoriais, destacando a relevante intervenção e responsabilidade do Estado deve proporcionar ambientes salubres de moradia e trabalho para a comunidade. A partir desta exposição o grupo demonstra uma visão higienista do processo saúde-doença;

b. O sistema econômico que envolve a população, o qual proporciona situações de pobreza e exclusão social, e conseqüentemente resulta em diversos problemas de saúde. Neste momento há o predomínio da visão social;

c. O perfil do profissional de saúde que se limita a diagnosticar apenas o biológico do paciente. Aqui, o grupo relata a presença da visão preventivista;

d. A dificuldade de acesso ao sistema de saúde que pode resultar em seqüelas físicas ao indivíduo pela morosidade na realização de ações de recuperação e reabilitação. Conclui relatando a necessidade da visão biológica.

As figuras expostas na “saúde que queremos” retrataram uma visão preocupada com: o cumprimento com os princípios do Sistema Único de Saúde; o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, quando refletem sobre a participação da comunidade nas decisões do Estado; as ações intersetoriais e multi-estratégicas de saúde que envolvem e distribuem a responsabilidade para o Estado, sociedade e para os trabalhadores.

Conclui-se que o grupo B possui uma Visão Integral do Processo Saúde-Doença, pois elencou vários fatores- pertencentes à visão higienista, preventivista, social e biológica- como necessários para obter saúde.

Ao final das apresentações os grupos foram dirigidos para um espaço de lazer, onde foi oferecido um lanche. Este momento foi marcado por grande descontração e alegria, em virtude de uma participante estar aniversariando neste dia, o que propiciou vários gestos de felicitações entre o grupo.

5.2.2 Oficina II: Observação da Realidade e Levantamento de Pontos-Chaves

A Oficina II aconteceu no dia 27 de Maio de 2009, no período matutino, na sede da Escola Técnica e teve como objetivo principal realizar a Observação da Realidade diante do problema instalado, isto é, captar qual a concepção dos participantes sobre a temática **Promoção da Saúde**, bem como realizar levantamento de pontos-chave.

O Plano de Ação da Oficina II (Apêndice D) descreve todas as ações desenvolvidas no referido evento, conforme descrição a seguir.

5.2.2.1 Disposição do ambiente, chegada dos participantes e agradecimentos

A sala utilizada para realização da oficina estava disposta com diversas cadeiras, localizadas umas ao lado das outras formando um semi-círculo. As cadeiras estavam voltadas para a mesa de apoio, na qual estavam instalados os equipamentos, tais quais : data show, computador, máquina fotográfica, pincel, papel A4, papel cartão, revistas, tesouras, colas e demais materiais utilizados durante o evento.

Próximo a porta de entrada estava instalado uma câmera filmadora, a qual através de um cinegrafista registrou todos os momentos da oficina.

Os participantes foram chegando aos poucos, a maioria deles com alguns minutos atrasados.

Iniciei o evento agradecendo a presença de todos, ressaltando que a Oficina I foi muito produtiva, e que ao ser apresentada ao orientador, o mesmo assistiu ao evento, e ficou satisfeito com a participação e sensibilidade de todos.

A Oficina II foi dividida em três momentos, descritos a seguir.

5.2.2.2 Momento 1

O momento 1 foi contemplado por uma dinâmica com objetivo de descontrair o ambiente. Então solicitei aos participantes que repetissem a seguinte frase: Eu vou fazer uma viagem com o (nome do colega do lado) e vou levar na bagagem (dizer o que gostaria de levar: sentimento, objeto ou como você está se sentindo).

Em um clima de muita descontração os participantes relataram seus sentimentos e aqui estão descritas algumas respostas: muita tranquilidade, biquíni para tomar banho na praia, muita alegria, notebook, muita descontração, muito chocolate, muito descanso, muito protetor solar, muitos livros.

5.2.2.3 Momento 2

Para iniciar as atividades do momento realizei alguns questionamentos, descritos na figura 17, para que todos respondessem oralmente de acordo com suas experiências.

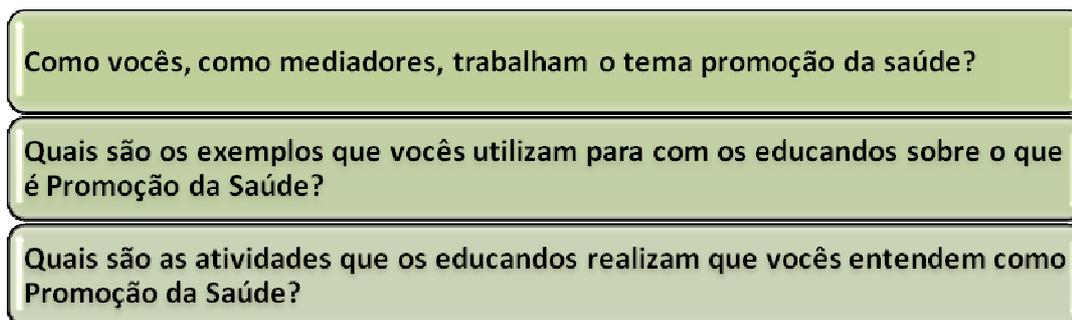


Figura 17 – Questionamentos realizados aos participantes

As respostas, consideradas neste estudo como Unidades de Registros, são relatadas a seguir conforme as Categorias de Análise.

Categoria I- Promoção como Educação Sanitária e Política Pública

Participante 5- P5

Eu entendo que no momento que a gente trabalhe com a problematização.....,por exemplo, a questão da lectospirose,né? Então quando se faz não a ação em si de estar lá juntando o lixo,e tal, porque isso seria prevenção. Promoção seria o momento que eles fazem a questão das palestras, né? Que eles se preparam, a gente empodera eles do conhecimento para que eles empoderem a comunidade, né? Em relação quais as ações que devem ser feitas para que não venha acontecer o adoecimento, e também acontece aquela coisa como a gente tava conversando, às vezes quando vai para o conceito a gente consegue separar bem, promoção e prevenção, mas às vezes quando a gente vai na prática elas estão muito inter-relacionadas, e as vezes isso se confunde na hora da gente passar, é que nem um exemplo básico que eu citei, é a questão da vacinação, tem a campanha da vacinação, eu acredito que o ato da campanha em si, é promoção, e o ato de vacinar seria a prevenção.

Diante dos questionamentos instituídos, este participante iniciou a discussão sobre o tema Promoção da Saúde.

Principiou seu discurso relatando como as ações de Promoção são desenvolvidas na práxis com seus educandos. Para exemplificar tal atuação citou as ações realizadas diante da doença lectospirose, e distinguiu na prática as ações entre promoção e prevenção.

Assegurou que a Promoção resume-se às palestras, isto é, práticas realizadas como Educação em Saúde desempenhadas pelos educandos.

Embora P5 utilize explicitamente o termo empoderamento, palavra peculiar da Educação Problematizadora, a mesma implicitamente se refere à Promoção como Educação Sanitária por dois motivos: I. A estratégia educacional utilizada é a palestra, e como descrito anteriormente, está classificada como **Educação Sanitária**; II. O objetivo do empoderamento comunitário, apresentado no discurso, é possibilitar que a comunidade realize ações de **prevenção e/ou proteção** focalizada na doença utilizada como exemplo, que é a lectospirose.

Este participante admitiu haver confusão entre os termos Promoção e Prevenção, mas concluiu afirmando que:

a. Promoção também está relacionada à Política Pública, citando o exemplo da Campanha de Vacinação existente no Sistema de Saúde Brasileiro. A elaboração e execução de **Políticas Públicas** saudáveis consistem em um dos eixos de Promoção da Saúde descrito na Carta de Ottawa (1986). Todavia, além dos cuidados com a saúde, as políticas públicas devem abranger outros determinantes, como: renda, proteção ambiental, trabalho, lazer, agricultura, alimentação, etc.

b. A Prevenção pode ser representada pelo ato da vacinação. Esta ação proporciona um aumento da resistência do indivíduo frente à determinada doença. Como a intervenção sanitária ocorre sob o homem, e não sob o meio ambiente, esta ação é classificada como **Proteção**.

Categoria II- Promoção como Educação Sanitária

Participante 4- P4

...não vamos trabalhar com palestras porque elas são pontuais, e essas ações pontuais é difícil produzir conhecimento através de ações pontuais.....

Eu parto do princípio que se eu estou trabalho com um grupo que já está sobre risco, estou fazendo prevenção, se eu estou trabalhando com um grupo que ainda não está sobre risco, eu estou fazendo promoção, eu entendo promoção neste contexto .É... então assim, se você vai trabalhar prevenção da gravidez na adolescência com adolescentes, isso é prevenção, porque eles já tão com vida sexual ativa, e está sob risco de engravidar, agora se eu estou falando questões de auto-estima, de projeto de vida com pré-adolescentes, eu estou prevenido a gravidez na adolescência, mas o que eu estou fazendo com ele é promoção da Saúde.... mas eu vejo promoção assim, tudo o que eu faço para que a pessoa permaneça saudável, como questões de auto-estima, de valorização, de chamar pelo nome, de ouvir, de respeitar a fala dele, eu considero como Promoção.

Geralmente as atividades que os educandos realizam como Promoção de Saúde é a Educação em Saúde. Se eu falar assim que

a visita domiciliar tem um caráter de promoção, mas como? Ele vai lá na casa orientar. Eu vejo, acho que talvez que a minha visão esteja um pouco restrita, mas eu vejo promoção da Saúde na minha cabeça muito como Educação em Saúde, e não como palestra.

Ao iniciar sua fala, este participante apresenta uma abordagem **multicausal** do processo saúde-doença, ao afirmar que a diferença entre Promoção e Prevenção se concentra nas ações destinadas de acordo com o risco ao qual o grupo alvo está submetido. Isto se reporta a **Prevenção Secundária da História Natural das Doenças**, a qual abrange dois tipos de população: a. um grupo de indivíduos sadios potencialmente em risco, para identificar precocemente doentes sem sintomas; b. outro grupo de doentes diagnosticados, para que se curem e evitem complicações e morte prematura, onde o adoecimento está dividido em três fases- período pré-patogênico, período patogênico e seqüelas (WESTPHAL, 2006). Assim, o participante afirma realizar ações de Prevenção como Promoção.

O mesmo também relaciona a Promoção de Saúde com Educação. A partir da teorização conceitual realizada anteriormente, este discurso revela uma Educação Sanitária, pois apresenta matizes biologicistas, onde há prevalência de conhecimentos científicos voltados para a prevenção de doenças, como decorrência de sua visão multicausal.

Embora P4 em seu discurso revele que discorda da estratégia educacional através de palestras, utiliza o termo “orientar” para designar a atividade domiciliar. Tanto a palestra, quanto a orientação não produzem conhecimento e autonomia ao indivíduo, mas têm o objetivo apenas de informar as pessoas sobre as suas possíveis enfermidades, independente de ocorrerem coletivamente ou individualmente na casa de uma família.

Portanto, esta concepção não promove saúde em seu sentido amplo, pois não visa o empoderamento e a autonomia dos indivíduos, como descrito na Carta de Ottawa e nos princípios da OMS.

Participante 6- P6

Tentar conscientizar aos educandos a questão dos EPIs, porque é muito difícil você tentar fazer entrar na cabeça daqueles educandos.. porque o clima é muito quente, eu não vou usar jaleco, não vou usar luva, independente do risco que ele tá correndo, ele acredita que aquilo não é importante.

Promoção para a comunidade....Eu já peguei o curso no final. Mas por exemplo Dengue, a gente tá numa região endêmica, né? Como eles poderiam estar trabalhando? Nesses processos de visita, de tentar educar, relatar, fontes de prevenção, como se adquire, você trabalhar isso de casa em casa num processo contínuo...

Este participante contempla características da categoria Promoção como **Educação Sanitária**.

Ao ser questionado como o participante desenvolve ações de promoção da saúde nas suas práticas curriculares, o mesmo exemplificou-as em dois âmbitos distintos.

Inicialmente elucidou o tema promoção da saúde relacionando-o com ações direcionadas aos próprios educandos que presenciam suas aulas. O participante correlacionou a execução das ações de Promoção com as ações de **Proteção**, pois objetivou orientar medidas de intervenção sob o indivíduo para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidências e prevalência das mesmas.

Ao ser questionado sob o direcionamento da Promoção da Saúde para a comunidade, prontamente o discurso foi exemplificado por uma patologia. Conseqüentemente, as ações desenvolvidas por este participante enfatizavam a existência de um agente externo causador da doença, que deveria ser combatido como o "inimigo", através de ações de **Prevenção**.

Entre os âmbitos apresentados de execução de Promoção de Saúde há uma concepção **multicausal** do processo saúde-doença, com o objetivo preponderante de evitar as doenças e o seu agravamento.

Categoria III- Promoção como Informação ao Usuário

Participante 7- P7

A Promoção de Saúde, principalmente os ACS, eles trabalham muito com isso, então ao você ir numa casa dar orientações e informações, e a partir do momento que aquela pessoa pega aquelas informações, acha que aquilo é importante e muda seu hábito de vida, além de promover saúde naquela casa ele está prevenindo a questão das doenças, porque se eu vou lá e tento promover saúde, mas eu não vejo que aquela família não achou importante e aquela pessoa continua fazendo coisas que são de forma inadequadas, ela não vai ta prevenindo doenças. Então pra mim, as duas têm que andar juntas, eu tenho que conscientizar a pessoa a partir de ações educativas para que ela mude atitudes e eu consiga ver resultados.

Pra mim a questão da Promoção da Saúde é eu conscientizar alguém a respeito de alguma coisa daquilo que é ideal.

Este participante relaciona a execução de ações de Promoção da Saúde como práticas educativas, através da **informação ao usuário**, para que os indivíduos realizem uma mudança de comportamentos- alimentares, atividades físicas e outros. Este modo de ver a Promoção de Saúde remete-se ao Relatório Lalonde, que prioriza a mudança de hábito como pressuposto que os indivíduos devem assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios de seus hábitos de vida (CARVALHO, 2004).

No referido relatório (1974) assume que as pessoas devem ter controle sobre a sua saúde, e relata que as decisões pessoais e maus hábitos

[...] criam riscos auto-impostos. Quando tais riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou sua própria enfermidade ou morte [...] a culpa individual precisa ser, portanto, aceita por muito pelo efeito deletério sobre a saúde causado por seus respectivos estilos de via (LALONDE, 1974 apud CARVALHO 2007, p. 48).

Isto posto, pode-se assegurar que a corrente de Promoção da Saúde Behaviorista tem como premissa a “culpabilização das vítimas”, segundo a qual a população torna-se responsável por problemas de saúde sendo que a maioria das causas estão fora de sua governabilidade. Essa estratégia behaviorista propicia a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, e a dissociação dos problemas de saúde à algumas categorias sociais como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito (CARVALHO, 2007).

Como resultado desta corrente, o modelo educacional não poderia ser diferente. A informação ao usuário consiste na prática de educação em que os profissionais detêm e impõem seu conhecimento técnico e científico, como único e verdadeiro, sempre pautado nas patologias e de como cuidar em saúde, tratando a população de forma passiva e desconsiderando o saber popular e as condições de vida dessas populações. As práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos “ideais” desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais (PEDROSA, 2003 apud BESEN et. al., 2007).

Como resultado desta preconização biológica surge uma sociedade medicalizada, estruturada em uma tecnologia médica de alto custo, com enfoque

reducionista, que tem como objeto de intervenção a obtenção de respostas para as doenças produzidas pelo modo de organização da vida social (STOTZ,1993; ILLICH, 1990; GAZZINELLI e col.,2005 apud BESEN et. al., 2007).

Participante 8- P8

Se eu tiver dando uma aula sobre Promoção da Saúde, eu procurar coletar deles, o que vocês entendem sobre Promoção da Saúde? Eles vão falar rapidinho.. “a gente está promovendo saúde assim:nós não fazemos nossas visitas?a gente não vai lá com os hipertensos?as crianças com baixo peso a gente encaminha..”, então dessa maneira, eles não dizer: “dessa maneira a gente está promovendo saúde”.

Ai vai assim depender do mediador, tentar colocar para eles a diferença, o que é promoção? O que é prevenção? Quando eu faço a prevenção é para aquele grupo alvo, aquele grupo que eu considero vulnerável.

Os exemplos fornecidos por este participante sobre como são realizadas as ações de promoção da saúde por seus educandos refletem evidentemente a categoria de Promoção como **Informação ao Usuário**.

O foco está centrado nas doenças e o objetivo concerne na recuperação do indivíduo e/ou a sua manutenção em equilíbrio funcional.

Categoria IV- Promoção como Educação em Saúde e Intersetorialidade

Participante 9- P9

Pra mim, é igual o que ela tava falando, são questões educativas na escola, na comunidade, tá informando o indivíduo a respeito da saúde em si,porque a Promoção está inserida na questão da intersetorialidade, você dá condições do indivíduo para que ele possa ter saúde, educação, lazer, educação está inserido na questão da promoção, está informando que é também um dos campos da promoção, né?

À princípio, o participante 9 relaciona a Promoção da Saúde com **Educação em Saúde** ou, como referenciada na obra de Moretti-Pires (2008) segundo classificação Freireana, Educação Problematizadora.

Implicitamente o discurso desta participante recomenda a Educação em Saúde com o objetivo de realizar o **empoderamento comunitário** com perspectivas para garantias e manutenção da saúde.

Destarte, estão propostas ações de Promoção da Saúde relatadas na Carta de Ottawa, como:

a. Elaboração de uma política pública sã, que assuma a **intersectorialidade** como condição *sine qua non* para diminuir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida da população;

b. Reforço da Ação Comunitária, com participação efetiva da comunidade nas eleições de prioridades, nas tomadas de decisões e nas elaborações de estratégias de saúde;

c. Desenvolvimento de habilidades pessoais através da Educação em Saúde, com vistas à favorecer o desenvolvimento pessoal e aperfeiçoar as aptidões indispensáveis para a vida (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

A partir desta perspectiva realizam-se práticas educativas que considerem a construção compartilhada de saberes, na qual as pessoas são vistas em sua autonomia como sujeitos capazes de superar o instituído (BUSS, 2004).

Pedrosa (2003) apud Besen et. al. (2007) afirma que:

A pessoa autônoma necessita de liberdade para manifestar sua própria vontade, além de capacidade de decidir de forma racional, optando entre as alternativas que lhe são apresentadas, bem como compreender as conseqüências de suas escolhas (p. 59).

5.2.2.4 Momento 3

Após uma confraternização oportunizada pelo lanche, iniciou-se o **Momento 3**. Este momento foi marcado pela realização de uma discussão em grupos. Após a divisão dos grupos, entreguei aos mesmos, tarjetas em cartolina, e expliquei que nas tarjetas estavam escritas algumas categorias retiradas das concepções do Processo Saúde-Doença que eles explicitaram na Oficina I. A tarefa seria a seguinte: a. Ler e compreender a frase; b. Analisar se a mesma correspondia à concepção Processo Saúde-Doença do grupo; c. Classificar a frase como problema se a mesma não correspondesse aos conceitos do grupo; d. Elencar os pontos-chave nas frases apresentadas como problema; e. Citar qual a governabilidade da Escola diante dos conceitos-problemas.

GRUPO A

Categoria : Doença como Desgaste do Corpo

Consideramos esta frase como um problema. O problema que a gente encontrou na frase, é que ela só foca no aspecto biológico da doença, não vê o aspecto social, psico-emocional, ambiental da doença. Se a gente concordasse com essa frase, nós iríamos dizer que o idoso é doente.

Ao analisar a frase, o grupo A não concordou com esta categoria, afirmando que a mesma vinculou o aparecimento da doença ao simples e único fator causal biológico. O grupo enunciou então, a visão social no discurso, afirmando que a categoria não mencionava aspecto social como fator preponderante ao processo saúde-doença.

Os pontos chaves, que são as possíveis causas do problema, apresentados pelos participantes à esta categoria foram: cultural, senso comum e biológico.

Uma vez presente este conceito entre os mediadores e educandos, o grupo mencionou que a Escola tem a governabilidade de proporcionar aos mesmos, a apreensão de outro conceito. Ao ser questionado qual seria este novo conceito, o grupo demonstrou-se confuso e não soube discernir com clareza sobre o assunto.

Categoria : Saúde como Algo Condicionado

Nós concordamos... saúde condicionado a fazer alguma coisa, vamos levar por exemplo para saúde bucal, se a gente condiciona a criança que escovar dentes, e passar o fio dental vai evitar problemas bucais, vai evitar a cárie, a gente tá levando o que? A Saúde como algo condicionado, se eu escovar os dentes, eu não vou ter cárie. Agora, temos também outro ponto. Pegando a OMS, que saúde é o bem-estar físico, social, mental, psicológico, se eu não tiver uma moradia adequada eu posso desenvolver algumas doenças, se eu não tiver um esgoto canalizado, eu posso desenvolver algumas doenças.. condicionado seria por ou à alguma coisa. Saúde está condicionada aos hábitos, ao estilo de vida, ao trabalho.

Inicialmente o grupo utilizou o termo condicionante correlacionando-o com o sentido psicológico do Comportamentalismo, explicitado pelo Behaviorismo, que é condicionar o indivíduo a fazer algo. Neste entendimento, a palavra condicionado, não está correlacionada com o sentido da Saúde Coletiva. Ou seja, a relação de causalidade ecológico-ambiental e sua relação com a multicausalidade.

Posteriormente, o grupo relaciona o termo aos possíveis condicionantes que estão inter-relacionados com a saúde. Diferentemente de condicionamento

behaviorista, este posicionamento foi elaborado a partir de conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde e está relacionado com a Determinação Social do Processo Saúde-Doença, pois condicionamentos ecológicos-ambientais estão sujeitos a determinação, e o meio ambiente está sujeito à sociedade.

A frase não foi classificada como problema.

GRUPO B

Categoria III: Doença como Desequilíbrio

O grupo concorda que a doença seja como desequilíbrio. Porque é óbvio que o indivíduo doente não está no seu equilíbrio, nas suas emoções de uma forma que corresponda a certas atividades, uma dor de cabeça já é um desequilíbrio.. Eu vejo o conceito de doença não só na forma patológica e física, eu vejo o processo de doença interno, as minhas emoções, ações, meus pensamentos e sentimentos são formas que expressam o meu estado de equilíbrio ou desequilíbrio, eu posso não estar sentindo nenhuma dor, mas estou totalmente desequilibrada

Esta categoria proporcionou ao grupo uma reflexão que a doença causa um desequilíbrio emocional, concepção resultante de que saúde é o bem-estar físico, mental e social.

Após a explanação do grupo, explicitiei que esta categoria correlaciona-se com a concepção multicausal do processo saúde-doença, na qual o adoecimento é resultante de um desequilíbrio entre o meio ambiente, o hospedeiro e o agente etiológico. Ao ser assim compreendido, o grupo classificou-o como conceito-problema e associou os pontos-chave do mesmo à: visão fechada do profissional e a presença maciça de indústria farmacêutica estimulando à medicação do indivíduo.

Categoria IV: Saúde como Processo

Nós concordamos que é um processo. Saúde, ela precisa de uma dinâmica, precisa de toda uma..como é que vou dizer.. um desenvolvimento, um cuidado, para que realmente aconteça, você precisa está sempre se policiando, se vigiando, se cuidando, se alimentando de uma forma que satisfaça...

O grupo correlaciona saúde como processo à capacidade dinâmica do indivíduo em se auto-cuidar. Neste sentido, a saúde é um resultado com

características pessoais e exclusivas do indivíduo e proporcional ao seu modo e estilo de vida. O indivíduo é o único responsável por adquirir e manter-se saudável.

Esta frase foi considerada como concepção do grupo, e não foi classificada como problema.

Categoria V: Saúde como Algo Determinado

É muito subjetivo. Porque a idéia que se tem deste conceito, saúde como algo determinado, quer dizer que já vem predestinado. Muitas pessoas que se consideram sadios... Na verdade eu fiquei confusa..

O grupo discordou deste conceito porque entendeu que esta categoria significaria saúde como algo pré-determinado.

Na realidade esta categoria, juntamente com a categoria “Saúde como Algo Condicionado”, se aproxima com a **Determinação Social** do Processo Saúde-Doença, a partir da qual saúde tem seus condicionantes e determinantes. Essa concepção resulta na conceituação utilizada pela OMS que define Promoção da Saúde como o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde (WHO, 1998 apud CARVALHO, 2007).

Uma seqüência de slides foi apresentada, com o objetivo de argumentar, isto é, persuadir os participantes, com vistas ao convencimento de que todas as nossas ações são reflexos de nossas concepções de vida e de mundo.

Para o fechamento da oficina foi realizada uma dinâmica com o objetivo de avaliar como os participantes se sentiram durante o evento. Assim, cada participante deveria dizer a seguinte frase: “Eu estou voltando de viagem e estou trazendo na bagagem....(expressar o que eles estavam sentindo após a oficina). Algumas expressões citadas foram: ansiosa para o próximo encontro, com diversas reflexões, sede de conhecimento e de leitura, dentre outras.

5.2.3 Oficina III: Teorização

A Oficina III aconteceu no dia 27 de Julho de 2009, no período matutino, na sede da Escola Técnica e teve como objetivo principal realizar a 3ª etapa do Arco de Margueres, que consiste na Teorização.

A teorização aconteceu em torno das seguintes temáticas: Processo Saúde-Doença e Promoção da Saúde. Anteriormente à sua realização, foi entregue aos participantes com uma semana de antecedência, um texto de apoio para leitura prévia dos autores Sícoli e Nascimento (2008), com o seguinte título: **Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização.**

O Plano de Ação desta Oficina III e IV (Apêndice D) descreve todas as ações desenvolvidas no referido evento, conforme descrição a seguir.

5.2.3.1 Disposição do ambiente, chegada dos participantes

A sala utilizada para realização da oficina estava disposta com diversas cadeiras, localizadas umas ao lado das outras formando um semi-círculo. As cadeiras estavam voltadas para a mesa de apoio, na qual estavam instalados os equipamentos, tais quais: data show, computador, máquina fotográfica, pincel, papel A4, papel cartão, revistas, tesouras, colas e demais materiais utilizados durante o evento.

Próximo a porta de entrada estava instalado uma câmera filmadora, a qual através de um cinegrafista registrou todos os momentos da oficina.

5.2.3.2 Início das Atividades

Ao iniciar o evento afirmei que este seria mais uma etapa da metodologia apresentada para realização do grupo focal, o qual teria por objetivo esclarecer alguns equívocos de concepções e práticas realizadas pelos profissionais. É importante, como diz o Professor Dr. Cutolo, “limpar a área, ou limpar o terreno”, isto é, denominar as palavras e expressões com os seus legítimos significados e contextualizá-las de acordo com o percurso histórico e conceitual.

Afirmo a teorização também levaria a um objetivo maior, que seria a elaboração de uma matriz curricular. Esta contempla a próxima etapa do Arco de Margueres, na qual será proposta para ser inserida nos planos de cursos e executada como prática curricular sobre o referido tema: Promoção da Saúde e Concepção Saúde-Doença.

Utilizei uma seqüência de slides cedidos pelo Professor Dr. Cutolo como instrumento norteador de nossas discussões e aqui discorro brevemente sobre a discussão.

I- Conceção Saúde-Doença

Iniciei relembando o meu pressuposto, o qual compreende que toda ação em saúde é o resultado de uma concepção de saúde doença, ou seja, toda minha prática em saúde é o resultado do que concebo como saúde e do que concebo como doença. Então é necessário que se conceba saúde como uma coisa positiva para eu ter práticas positivas, ao passo que se eu conceber saúde como ausência de doença eu vou só curar a doença, então não vou fazer saúde.

Recordei, brevemente, sobre o percurso histórico do tema saúde-doença e ressaltei as teorias, sempre correlacionando-as com a ação em saúde designada por cada uma delas e finalizei reforçando que a integralidade seria uma concepção que contemplaria todas as ações em saúde, a qual deveria ser adotada nas práticas curriculares da formação profissional.

Um participante expôs a seguinte opinião sobre a teoria unicausal e suas conseqüentes ações de recuperação e reabilitação: *“Esse pensamento ainda está muito presente até nas nossas concepções de hoje”*.

II- Modelo de Formação

Questionei os participantes com a seguinte pergunta: Será que um modelo de formação influencia essa concepção de saúde ou é essa concepção que influencia o modelo de formação? Afirmei que essa é uma relação dialética. Porém, na condição de educadores devemos realizar uma formação que realmente influencie os profissionais no modo de ver essa concepção.

Apresentei o Modelo de Formação Biomédico, proposto por Flexner, bem como suas características principais, como: fragmentação, especialização, tecnificação do ato médico, hospitalocentrismo, e outros. Esse modelo proporciona uma formação baseada em uma concepção saúde-doença apenas voltada para o biológico, destacando como práticas em saúde as ações de recuperação e reabilitação.

Um participante contemplou a discussão afirmando: *“Se nós formos ver na história até hoje a medicina é toda fragmentada por departamentos, ou seja, por partes do corpo”*.

Destaquei que a concepção de integralidade é o caminho que para nos aproxima do modelo proposto pela Reforma Sanitária, sendo impreterivelmente necessário superarmos o modelo biomédico e realizarmos uma formação baseada na Integralidade, refletindo na execução das Ações Integradas em Saúde.

É importante destacar o relato do participante 5 sobre o modelo de formação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre:

A proposta apresentada do curso de medicina da UFAC é assim, diferenciada. Mas apenas a proposta, a prática não consegue. Por isto há muita revolta e insatisfação dos que fazem o curso inclusive eles se questionam muito, essa nova proposta de ver um todo, mas a gente vê tudo separado e eles também mesmo com a grade com uma proposta diferenciada eles trabalham com o modelo biomédico mesmo.... então fica a desejar nem forma de um jeito nem do outro. Muitos fazem o curso e eles mesmos criticam , por que? Eles falam assim *“...que a proposta é boa mas nós não conseguimos, não estamos nos formando no modelo biomédico nem na nova proposta curricular, não temos estrutura para isso”*.

O participante 4 colaborou na discussão afirmando a seguinte opinião:

Não vamos esquecer que o mundo capitalista em que vivemos hoje sempre vão querer provar que o privado é melhor que o público para privatizar a saúde como já estão fazendo, estão privatizando o nosso trabalho, um monte de profissionais já estão trabalhando terceirizados para o Estado. É uma pena!

Ressaltei que para conseguirmos alcançar o modelo da integralidade, deve haver uma transformação onde devem estar envolvidos todos os atores que são os gestores, universidades, escolas técnicas, discentes, professores, secretaria de saúde, ministério da saúde e demais departamentos e instituições.

III- Promoção da Saúde

Discorri sucintamente sobre o percurso histórico da Promoção da Saúde, destacando algumas concepções, encontros e conferências que marcaram a história do referido tema, como: Relatório Lalonde, Carta de Ottawa e as demais Conferências de Saúde, e a Nova Promoção da Saúde.

Apresentei algumas diferenças conceituais e equivocadas entre Promoção e Prevenção.

Destaquei, portanto, as diretrizes da Nova Promoção da Saúde, as quais devem estar presentes nas novas práticas curriculares. São elas: concepção holística, empoderamento, ações multi-estratégicas, intersetorialidade, sustentabilidade, participação social e equidade.

5.2.4 Oficina IV: Elaboração da Hipótese de Solução

A Oficina IV ocorreu no dia 29 de Julho de 2009, com início às 8:30 na sala de multimeios da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. Este encontro teve como objetivo a elaboração de matrizes curriculares sobre Processo Saúde-Doença e Promoção da Saúde, alicerçados nos conceitos apresentados na teorização.

Portanto, apresentei uma pré-proposta, das matrizes curriculares (quadros 16 e 17), fundamentadas na teorização realizada, para a apreciação dos participantes. A atividade seria analisar e realizar alterações e/ou sugestões, sempre focadas no objetivo de desenvolver práticas curriculares de Promoção da Saúde alicerçadas no conceito ampliado de Saúde, exercendo um Modelo de Formação baseado na Integralidade em detrimento de um Modelo Biomédico.

Como a Escola desenvolve o currículo por competência, a matriz curricular é composta por Competência, Habilidades, Bases Científicas, Valores e Atitudes.

5.2.4.1 Pré-Proposta da Matriz Curricular I

Competência: Compreender a evolução do processo saúde-doença, com ênfase no conceito ampliado em saúde, visando a realização de Ações Integradas em Saúde.

HABILIDADES	BASES CIENTÍFICAS	VALORES E ATITUDES
<p>-Discutir e conceber a evolução histórica do processo saúde-doença, sob a perspectiva da integralidade.</p> <p>-Correlacionar a concepção saúde-doença com as ações de saúde (promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação).</p>	<p>Processo Saúde-Doença:</p> <ul style="list-style-type: none"> - As Interpretações Mágico-Religiosa; -A Medicina Hipocrática; - A Medicina Religiosa na Idade Média; - O Renascimento e a Teoria Miasmática; - O Iluminismo e a Visão Higienista; - A Revolução Industrial e a Visão Social; - Visão Biológica e o Modelo Flexneriano; - A Visão Multicausal e o Modelo de Formação Preventivista; - A Visão Integral e o Modelo de Formação Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser responsável e comprometido com os propósitos da formação; • Estar aberto a novos conhecimentos; • Ser interessado durante o desenvolvimento do processo de ensino/aprendizagem, e todas as atividades: • Participar e interagir com o grupo; • Saber defender seu ponto vista e aceitar opiniões contrárias; • Saber se posicionar diante das adversidades ou diferenças;
<p>-Correlacionar as transformações das práticas em saúde alicerçadas no Modelo de Formação do Biomédico à Integralidade.</p>	<p>Modelos de Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Flexneriano; -Integralidade. 	

QUADRO 16: Matriz curricular sob o currículo por competências sobre o Processo Saúde-Doença.

5.2.4.2 Matriz Curricular I e seus resultados

Os participantes reuniram-se para leitura e discussão do material impresso.

Após discussão e análise das matrizes, um participante representou o grupo e realizou os seguintes comentários e/ou sugestões da Matriz Curricular sobre Processo Saúde-Doença:

Aqui correlaciona a evolução do conceito de promoção de saúde com a concepção do processo saúde doença. Nós não mexemos nesse primeiro instrumento entendemos que está bom, essa coisa do modelo de formação podemos ver que o próprio Ministério da Saúde assume essa integração, no caso do biomédico não vamos abandonar a prática curativa, não vamos negar isso.

Os participantes mantiveram todas as propostas deste instrumento, e conceberam a relevância da mudança curricular que esta matriz proporcionará.

5.2.4.3 Pré-Proposta da Matriz Curricular II

Competência: Compreender a evolução histórica da Promoção da Saúde, visando o desenvolvimento de práticas sob a perspectiva da Nova Promoção da Saúde.

HABILIDADES	BASES TECNOLÓGICAS	VALORES E ATITUDES
-Correlacionar a evolução do conceito de Promoção de Saúde com a concepção do Processo Saúde-Doença, sob a perspectiva do conceito ampliado de saúde e da integralidade.	Evolução Histórica da Promoção da Saúde: -Sigerist; -Alma-Ata; -Carta de Ottawa e Conferências de Promoção da Saúde; -Relatório La Londe;	<ul style="list-style-type: none"> • Estar sensibilizado para realização de práticas de promoção da saúde; • Ser ético e compromissado para realização das práticas de promoção da saúde;
-Interpretar as necessidades e ações de saúde, sob a perspectiva da integralidade.	Nova Promoção da Saúde: -Concepção Holística; -Empoderamento; -Participação Social; -Intersetorialidade; -Ações Multi-estratégicas; -Sustentabilidade; -Equidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar as transformações da qualidade de vida oriundas das práticas de promoção da saúde

QUADRO 17: Matriz Curricular sob o currículo por competências sobre Promoção de Saúde

5.2.4.4 Matriz Curricular II e seus resultados

A representante do grupo prosseguiu os comentários na Matriz Curricular II, e sugeriu alteração na Base Científica “Nova Promoção da Saúde”.

Esta base está focada apenas nos princípios, então nós entendemos na nossa conversa do grupo que na evidência desse enfoque, nos princípios, talvez precisássemos falar um pouquinho antes dos conceitos, das propostas, das práticas dessa nova promoção da saúde...pois o conceitual e até que ele (educando) consegue entender... mas quando for para nós citarmos as práticas, ele vai fechar só em educação em saúde porque ele não consegue enxergar esse universo maior da promoção. Então nós sugerimos assim **conceitos, propostas e práticas**, antes dos princípios, mas na mesma habilidade...falar sobre a diferenciação conceitual e metodológico da promoção da saúde.

Na Habilidade *“Interpretar as necessidades e ações de saúde, sob a perspectiva da integralidade”*:

...que nós pensamos de acordo com as habilidades apresentadas é que nós temos que discutir, correlacionar e interpretar. A partir disso, nós entendemos que precisamos de uma habilidade que seja **aplicar**, isto é, ele (educando) ir lá e fazer. O que é que nós queremos que esse educando faça a partir disso? Na verdade ele tem que se

posicionar, tem que ter uma postura de sujeito ativo desse processo. É isso que nós queremos que ele (educando) se enxergue não como a vítima, o coitadinho, impotente que não pode fazer nada, talvez o que nós queremos com isso é tirá-lo desse mundo de impotência, porque é assim que o nosso educando se vê, pelo menos na minha leitura: é sempre a vítima, o coitado, o impotente que não pode fazer nada contra tudo e contra todos.

Foi sugerida também uma nova habilidade:

Outra coisa, é que nós percebemos que não tem como tratar promoção com esse educando sem discutir essa coisa de visão de mundo, de ir lá para a sociologia e discutir um pouco de desigualdade social... não sabemos dizer direito qual é a habilidade que estaria relacionada a esta base, em qual seria exatamente a base, mas assim nós pensamos que para o educando entender a promoção de saúde e promover saúde, ele tem que ser um sujeito politizado...sugerimos então uma introdução sobre a **visão idealista,materialista**, porque eles entendem definições, conceitos mas não conseguem explicar isso talvez por falta dessa leitura de mundo, e estão sempre achando um culpado, um responsável ou irresponsável para as coisas...

Ao término de todas as etapas do Arco de Maguerez, afirmo que as oficinas forneceram-me subsídios densos e apropriados para a elaboração das sínteses propositivas, descrita no próximo capítulo.

Considero de fundamental importância ressaltar, que esta etapa da metodologia difundiu-se como um extraordinário componente da pesquisa. O cenário era permeado por atitudes e discursos vivos e acalorados, onde predominava a experiência de educadores, e ao mesmo tempo, realçava seus anseios para a aspiração de novos conhecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

UMA SÍNTESE PROPOSITIVA

Este capítulo tem o escopo de apresentar as principais sínteses e proposições resultantes desta pesquisa.

As sínteses são as concepções provenientes dos profissionais que participam do processo de formação profissional da ETSMMR, adquiridas a partir da análise documental dos Planos de Cursos e análise de discurso das oficinas realizadas.

As proposições representam a mudança paradigmática, isto é, são propostas e/ou sugestões de concepções que a Escola pode admitir para realizar práticas curriculares de acordo com conceitos mais contemporâneos.

Portanto, para cada síntese apresentada haverá uma indicação propositiva, com o objetivo de desenvolver práticas curriculares de Promoção da Saúde alicerçadas no conceito ampliado de Saúde, exercendo um Modelo de Formação baseado na Integralidade em detrimento de um Modelo Biomédico.

Síntese 01- O Modelo de Formação é o Flexneriano, e a Multicausalidade é a concepção Saúde-Doença predominante.

Ao analisar os Planos de Cursos percebe-se que a ETSMMR aproxima-se em vários momentos ao Modelo de Formação Integral, principalmente quando se refere a marcos teóricos conceituais nos tópicos, Justificativa e Perfil Profissional. A instituição propõe que o profissional deve entender o ser humano sadio ou doente, em seus contextos histórico, social e psíquico, e que está sujeito a condicionamentos multicausais que podem levá-lo ao adoecimento.

Contudo, as análises de algumas matrizes e discursos permitiram apreender que alguns participantes da pesquisa compreendem saúde como ausência de doença, predominando o modelo biologicista que engendra o conceito de saúde como contrário de doença, e de doença como adverso de saúde. Isto resulta em uma atividade profissional fragmentada, baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos, e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa (ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007).

As análises das primeiras oficinas realizadas demonstraram que a maioria dos profissionais formadores da ETSMMR adota a multicausalidade como concepção do Processo Saúde-Doença. Alguns discursos contemplam a existência de fatores externos, de origem biológica, que afetam ao indivíduo e provocam-lhe um desequilíbrio fisiológico. Assim, a doença está relacionada ao desequilíbrio da interação entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio ambiente.

Este modelo de ensino proporcionou um descarte de fatores sociais, políticos e econômicos, e restringe o conceito de saúde a uma abordagem exclusivamente médica e centrada no adoecimento.

Marcondes (2004) afirma que a limitação deste modelo é identificada de forma peremptória no “setor sanitário”, o qual é descrito como necessário, porém insuficiente, para atender uma estratégia de promoção, conforme descrito na Carta de Ottawa (BRASIL, 2001):

O setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias nem assegurar as perspectivas favoráveis para a saúde, além do que, a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. As pessoas de todos os meios sociais estão implicadas tanto com os indivíduos quanto com as famílias e comunidades. Aos grupos sociais e profissionais e ao pessoal do grupo sanitário corresponde, especialmente, assumir a responsabilidade de atuar como mediadores entre interesses antagônicos e a favor da saúde.” (p.2)

Proposição 01- O Modelo de Formação Integral e a Integralidade como concepção do Processo Saúde-Doença

A mudança de práticas curriculares sob o eixo da integralidade implica compreender a visão ampliada de saúde de forma interdisciplinar, com significativa articulação de práticas e conhecimentos multiprofissionais, em contraposição à organização fragmentada do Modelo Biomédico Hegemônico (SILVA, 2006).

Ao adotar a integralidade como modelo de formação, a mesma representará como um princípio articulador no Sistema Único de Saúde, pois defende a formulação de políticas que associem ações assistenciais com as ações de promoção de saúde, resultando nas Ações Integradas em Saúde, composta pelas seguintes ações: promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

Assim, as ações assistenciais proporcionarão soluções para a causa do sofrimento de cada sujeito frente às doenças, além de executarem atividades tecnológicas para combater a doença; e as ações de promoção se enquadram na perspectiva de modificar o campo social da comunidade, e respectivamente, sua qualidade de vida (MATTOS, 2003).

Uma vez compreendido e internalizado a importância de prestar uma assistência holística, deve ser estimulado o trabalho em equipe, interdisciplinar, o que favorecerá um diálogo entre os profissionais, partindo da premissa de que o campo de saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado (HENRIQUES, 2004 apud MACHADO et. al., 2007).

Portanto, o Modelo de Formação Integral deverá propiciar um Perfil Profissional que contemple Competências, Habilidades, Bases Científicas, Valores e Atitudes, que assegurarão aos profissionais:

I. A concepção de saúde como um processo dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social. Portanto, Conceber saúde como: Determinante Social; Condicionante Ecológico-Ambiental; e Etiologia Biológica.

II. Compreensão do indivíduo como único, um todo e de como as partes interagem, sempre o relacionando em sua dimensão histórica, social, financeira, ambiental para evitar uma desnecessária fragmentação do cuidado;

III. Execução de ações de Promoção da Saúde, abrangendo a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Portanto, realização de ações alicerçadas nos princípios da Nova Promoção da Saúde: Concepção Holística-Visão Integral; Empoderamento; Participação Social; Intersetorialidade; Ações Multi-estratégicas; Sustentabilidade; Equidade.

IV. Execução de ações assistenciais aos indivíduos portadores de doenças, relacionando-as com a Saúde Coletiva;

V. Estímulo e orientação para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades em um novo paradigma de atenção a saúde (MACHADO et. al, 2007);

VI. Execução de atividades de Educação em Saúde de forma integral, articulando a Educação Problematizadora e a Sanitária. O perfil profissional deve contemplar estratégias de educação em saúde que realizem discursos que antecedam à doença, sendo permeados por orientações preventivas; mas principalmente devem propiciar autonomia, e conseqüentemente, a liberdade do indivíduo escolher suas alternativas de vida e saúde (BESEN, 2007).

VII. Atuação interdisciplinar das equipes de saúde;

VIII. Valorização equânime do processo de ensino-aprendizagem tanto no hospital, quanto na Unidade Básica de Saúde;

IX. Conhecimento de distintas áreas como Sociologia, Filosofia, Antropologia, propiciando diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões de mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STUCHINER, 1999).

A adesão ao Estilo de Pensamento para a Integralidade implica em assumir uma visão de mundo que propicie uma nova maneira de encarar o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o rodeia, além de buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas (ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, a saúde se identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um processo dinâmico, socialmente produzido.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar. Assim, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000).

Síntese 02- Promoção da Saúde é sinônimo de Prevenção

Diante da análise em que a multicausalidade apresenta-se como primordial concepção de Saúde-Doença, é esperada que a concepção de Promoção seja admitida como sinônimo de Prevenção. Os conceitos apresentados por Leavell &

Clark utilizavam de uma filosofia preventiva para explicar a intervenção em um determinado momento da história natural da doença com níveis de prevenção e de aplicação. A proposta, porém, é baseada numa filosofia da promoção da saúde, entendendo que qualquer ação de saúde permeia a promoção da saúde.

Aparecem também, nos discursos dos participantes da pesquisa, relatos que remetem que as principais ações, e quase que exclusivamente únicas, de promoção da saúde realizadas na Escola consistem em ações educativas, aludidas nos discursos como palestras. Esta compreensão também é resultado do paradigma da história natural da doença, cuja ênfase se concentra na prevenção das doenças, procurando se antecipar e evitar que elas ocorram, a partir de ações que visam restabelecer o equilíbrio dinâmico entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio.

As ações de proteção específica contra os agravos, representadas pelas ações de prevenção e educação em saúde, consistem na fase pré-patogênica, e especificamente na prevenção primária, a qual é responsável pela manutenção do equilíbrio entre hospedeiro, agente patogênico e meio ambiente (MARCONDES, 2004). Estas ações de prevenção estão fundamentadas na divulgação de informações científicas generalistas, fracamente articuladas aos contextos socioeconômicos em que se inserem, assim como aos seus significados simbólicos. Tais conhecimentos são seguidos de recomendações de mudanças de hábitos e oferecidos como antídotos às vulnerabilidades apresentadas (SANTOS et. al., 2006).

Proposição 02 – Promoção da Saúde alicerçada aos Conceitos Contemporâneos

A concepção atual de Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) referindo-se a uma

[...] combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parceiras interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla” (BUSS, 2003).

A compreensão de Saúde como um processo, no qual se prioriza a vida com qualidade ao invés da ausência de doença, situa a Promoção da Saúde em

oposição crítica à medicalização da vida social e em defesa do posicionamento político em torno de relações sociais mais equitativas (MARCONDES, 2004).

Ao conceber saúde como uma condição relativa e dinâmica, recomendo que as práticas curriculares de Promoção da Saúde sejam fundamentadas na Carta de Ottawa (1986) e nos princípios da Nova Promoção da Saúde, proposta pela OMS e citado por Sícoli e Nascimento (2003).

Síntese 03- Matriz Curricular de Concepção Saúde-Doença e Promoção da Saúde desvinculadas dos conceitos contemporâneos

A maioria dos Planos de Cursos da ETSMMR apresenta matrizes curriculares de Promoção da Saúde alicerçadas em conceitos não contemporâneos, tais como: Leavell & Clark e Relatório Lalonde. Isto pode ser exemplificado, pela correlação entre as habilidades desenvolvidas à execução de ações exclusivamente preventivas, principalmente através de estratégias de educação em saúde.

Proposição 03- Matriz Curricular de Concepção Saúde-Doença e Promoção da Saúde conectadas aos novos conceitos.

Os participantes do ciclo de oficinas elaboraram propostas de práticas curriculares, explicitadas nos quadros 18 e 19, que correspondem às matrizes curriculares embasadas nos conceitos recomendados de Concepção Saúde-Doença e da Nova Promoção da Saúde.

Competência 01: Compreender a evolução do processo saúde-doença, com ênfase no conceito ampliado em saúde, visando a realização de Ações Integradas em Saúde.

HABILIDADES	BASES TECNOLÓGICAS	VALORES E ATITUDES
<p>-Discutir e conceber a evolução histórica do processo saúde-doença, sob a perspectiva da integralidade;</p> <p>-Correlacionar a concepção saúde-doença com as ações de saúde (promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação);</p> <p>-Correlacionar a evolução histórica das concepções saúde-doença com os Modelos de Formação, de acordo com sua introdução na história.</p>	<p>Processo Saúde-Doença:</p> <ul style="list-style-type: none"> - As Interpretações Mágico-Religiosa; -A Medicina Hipocrática; - A Medicina Religiosa na Idade Média; - O Renascimento e a Teoria Miasmática; - O Iluminismo e a Visão Higienista; - A Revolução Industrial e a Visão Social; - Visão Biológica e o Modelo Flexneriano; - A Visão Multicausal e o Modelo de Formação Preventivista; - A Visão Integral e o Modelo de Formação Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser responsável e comprometido com os propósitos da formação; • Estar aberto a novos conhecimentos; • Ser interessado durante o desenvolvimento do processo de ensino/aprendizagem, e todas as atividades: • Participar e interagir com o grupo; • Saber defender seu ponto vista e aceitar opiniões contrárias; • Saber se posicionar diante das adversidades ou diferenças.

Quadro 18: Proposição de Matriz curricular sob o currículo por competências sobre o Processo Saúde-Doença e Modelo de Formação

Competência 02: Compreender a evolução histórica da Promoção da Saúde, visando o desenvolvimento de práticas sob a perspectiva da Nova Promoção da Saúde

HABILIDADES	BASES TECNOLÓGICAS	VALORES E ATITUDES
<p>-Conceber uma visão de mundo materialista-histórica para agir como sujeito ativo das transformações sociais.</p>	<p>Epistemologia -Visão empirista; - Visão materialista-dialética; - Desigualdade social; - Reconstrução da esfera pública; - Sujeito politizado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estar sensibilizado para realização de práticas de promoção da saúde; • Ser ético e comprometido para realização das práticas de promoção da saúde;
<p>-Correlacionar a evolução do conceito de Promoção de Saúde com a concepção do Processo Saúde-Doença, sob a perspectiva do conceito ampliado de saúde e da integralidade.</p>	<p>Evolução Histórica da Promoção da Saúde: -Sigerist; -Alma-Ata; -Relatório La Londe; -Carta de Ottawa e Conferências de Promoção da Saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar as transformações da qualidade de vida oriundas das práticas de promoção da saúde.
<p>-Interpretar as necessidades e ações de saúde, sob a perspectiva da integralidade;</p> <p>-Aplicar ações de promoção da saúde focadas nos determinantes gerais direcionado ao coletivo e a defesa dos direitos sociais</p>	<p>-Conceito, Propostas e práticas (conceitual e metodológica) da Nova Promoção da Saúde; -Princípios da Nova Promoção da Saúde:</p> <p>-Concepção Holística;</p> <p>-Empoderamento;</p> <p>-Participação Social;</p> <p>-Intersetorialidade;</p> <p>-Ações Multi-estratégicas;</p> <p>-Sustentabilidade;</p> <p>-Equidade.</p>	

Quadro 19: Proposição de Matriz Curricular sob o currículo por competências sobre Promoção de Saúde

A partir da elaboração concreta das matrizes curriculares, realizo o encerro deste trabalho considerando-o como uma estratégia *sine qua non* para o despertar de uma significativa transformação.

Como autora, o estudo influenciou para aquisição de praxes substanciais de leitura e escrita, desenvolvendo a habilidade de contextualizar os fatos aos acontecimentos sócio-históricos. Assim sendo, passei a assumir as ciências sociais como fatores preponderantes para alcançar uma visão mais integral de saúde.

Algumas vicissitudes permearam a concretização do mesmo, a exemplo da distância geográfica entre o Acre e o Estado de Santa Catarina, local onde está situada a UNIVALI. Contudo prefiro elencar os benefícios obtidos.

As orientações ministradas pelo Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo destacaram-se como momentos de grande relevância, pois originaram estimáveis debates sobre a delimitação do tema, pergunta-problema, objetivos, metodologia, análises, inferências, enfim sobre todos os passos da pesquisa.

Não obstante, o fato mais proeminente consistiu na mudança de Estilo de Pensamento e de Conceito de Valores, transformações significativas que me fizeram repensar minhas opiniões.

Deste modo, considero-me privilegiada como Cirurgiã-Dentista, por despontar de uma visão focalizada de saúde, que enfatizava apenas a reabilitação e a recuperação, para adentrar a um Coletivo de Pensamento que traz em seu arcabouço, uma visão expandida, compreendendo saúde de forma interdisciplinar, intersetorial, sustentável, equânime, sendo realizada através de ações multi-estratégicas.

Outro momento que considero de extrema acuidade foi a realização do Ciclo das Oficinas. Estas consistiram para mim, o período precípuo desta pesquisa, pois a partir delas, tive a oportunidade de apreender os conceitos pessoais e diversificados dos partícipes.

Para a ETSMMR, o Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde representará alterações na gestão das áreas técnicas e na área pedagógica, através das pesquisas realizadas por seus colaboradores participantes deste *Stricto Senso*. Deste modo, as mesmas representam uma desejável alteração na formação de recursos humanos para a Saúde, fazendo com que o modelo de formação esteja em consonância com o modelo de assistência integral ao qual o SUS é designado.

Assim, este estudo poderá ser diligente na referida instituição, com o objetivo de desenvolver novas práticas curriculares que almejam a disseminação de profissionais mais integrados à sociedade, a qual é a verdadeira beneficiada com esse processo.

Desse modo finalizo deixando a confiança de ter desempenhado a ação a que me propus e de que essa obra represente em um grande passo, para as alongadas querelas que ainda depararei no transcorrer de minha vivência científica à caminho da infinita sabedoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACRE. Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. **Plano de Curso Técnico em Higiene Dental**. Rio Branco, 2004.

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

ARAÚJO, D; MIRANDA, M. C. G; BRASIL,S.L. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Vol.31, Supl.1, p.20-31, Junho de 2007.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis**. Semina: Ci. Soc./Hum., Londrina, v. 17, Ed. Especial, p. 7-17, nov, 1996.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização**: fundamentos e aplicações. Paraná: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 1999.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência saúde Coletiva*, v.5, n.1. Rio de Janeiro, 2000.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In*: CZERESNIA,D; FREITAS,C.M. **Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CABREIRA, J. R; MORAIS, L. F. L. O Pensamento Sociológico de Karl Marx. *In*: LEMOS FILHO, A. et al.(org). **Sociologia Geral e do Direito**.3 ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

CAMARGO JR, K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. A.(orgs). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2003.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (3): 669-678, 2004.

CARVALHO, S. R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito de Mudança. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CASTRO, C. A. P. **Sociologia do Direito**. 2 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1985.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKWER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Formação e Educação em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 2006.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. SUS e educação médica: um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento e Educação Médica**: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A; CESA, A. I. Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em medicina da UFSC sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 32, nº 4, de 2003.

CUTOLO, L. R. A. A localização da Pediatria e a Saúde da Criança em seu contexto histórico e epistemológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, nº 3, de 2006a.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, nº 4, de 2006b.

CUTOLO, L. R. A. Bases Epistemológicas da Interdisciplinaridade. In: WENDAHAUSEN, A. L. P; SAUPE, R. (Orgs.). **Interdisciplinaridade e Saúde**. Itajaí: Editora UNIVALI, 2007.

CUTOLO, L. R. A. Estratégia Saúde da Família: Bases Conceituais. UNASUS (mimeo), 2009.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. *In: CZERESNIA,D; FREITAS,C.M.Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva**: Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Editora Ícone, 1996.

EGRY, E. Y. Compreendendo a dialética na aproximação com o fenômeno saúde-doença. *In: EGRY, E. Y; CUBAS, M.R. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário Cipesec*: guia para pesquisadores. Curitiba, ABEN-EEUSP, 2006.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et. al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup 2) : 2115-2122, 2008.

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: ARTMED Editora, 2004.

FONSECA JUNIOR, W.C. Análise de Conteúdo. *In:DUARTE,J;BARROS, A. Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

FONSECA, R. M. G. S; BETOLOZZI, M. R. **A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

FONSECA, R.S.G.S;EGRY,E.Y; BERTOLOZZI,M.R. O Materialismo Histórico e Dialético para a Compreensão do Processo Saúde Doença. *In: PARANÁ*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Paraná. **O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC**. Curitiba, 2006

FRACOLLI, L. A.;BERTOLOZZI, M. R. A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo. Manual de Enfermagem. 2002. Disponível em www.ids-saude.org.br/enfermagem.

GARCIA, D. M. F; BERSALINI, G.. O Pensamento Sociológico de Émile Durkheim. *In: LEMOS FILHO, A. et al.(org). Sociologia Geral e do Direito*.3 ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

GUTIERREZ, P. R; OBERDICK, H. Concepções sobre a saúde e a doença. *In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A; CORDONI JUNIOR, L. Bases da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora UEL, 2001.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de Conhecimento e saúde. *In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A.. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

LEFEVRE, A. M. C.; CORNETTA, V.K. **Recursos Humanos para Promoção de Saúde**. In: LEFREVE, F; LEFREVE, A. M. C. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro, 2004.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):15-28, 2007.

LEMOS FILHO, A. A Sociologia como Produto Histórico. In: LEMOS FILHO, A. et. al.(org). **Sociologia Geral e do Direito**. 3 ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

LOWY, M. **Ideologias e Ciência Social**: Elementos para uma análise marxista. São Paulo: Editora Cortez, 1985.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. F. A. S. et. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 335-342, 2007.

MAEYAMA, M. A. **Estilos de Pensamento na Odontologia Social e Preventiva**: Um estudo da disciplina de Odontologia Social e Preventiva do curso de Odontologia da UNIVALI. 2006. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Revista Saúde Sociedade**. v.13. n.1. São Paulo, jan/abr, 2004.

MARQUES, N. M. **Concepções dos Professores do Centro de Ciências da Saúde sobre as Práticas Curriculares Interdisciplinares**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2003.

MATTOS, R. A. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5) :1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: FUMARC, 1985.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência saúde coletiva**, v.5. Rio de Janeiro, 2000.

MORETTI-PIRES, R. O. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo**. 2008. 342 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde Sociedade**. v. 13, n. 3. São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. **A Historicidade das Teorias Interpretativas do Processo Saúde-Doença**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, março, 2000.

PAGLIOSA, F. L; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez. 2008.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO, A. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006.

PEREIRA JÚNIOR, J. S. T. As Ciências Humanas. In: LEMOS FILHO, A. et al.(org). **Sociologia Geral e do Direito**.3 ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Caderno de Saúde Pública**. V 17, nº 1. Rio de Janeiro-RJ. Jan/fev, 2001.

REALE, G. **História da Filosofia**: Do Romantismo até nossos dias. São Paulo, vol. III, 2005.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: Dialética do Pensar e do Fazer**. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

ROSEN, G. Uma **História de Saúde Pública**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

SANTOS, L. M. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2006: 40 (2): 336-52.

SAÚPE, R. et. al. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. **Revista Saúde**, Piracicaba, 7(17): 53-56, 2005.

SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, 1999; 2; 4-5.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, fev. 2003 .

SILVA, K.L; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Julho-Agosto; 59(4): 488-91, 2006.

TOGNOLI, H. **Práticas Curriculares em Medicina na Atenção Básica:Um Estudo de Caso**. 2006.Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí,Itajaí,2006.

TRIVIÑOS,A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

WENDHAUSEN, A. L. P; SAUPE, R. Os desdobramentos da Promoção da Saúde na realidade Latino/Americana/Brasileira: Participação, Empoderamento e Interdisciplinaridade. In: WENDAHAUSEN, A. L. P.; SAUPE, R. (Orgs.). **Interdisciplinaridade e Saúde**. Itajaí: Editora UNIVALI, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE

CARTA CONVITE

Sr(a). Colaborador (a),

A Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha participa do Programa de Mestrado Profissional Gestão do Trabalho e Educação na Saúde oferecido pelo Ministério da Saúde, e executado pela Universidade do Vale do Itajaí.

Na qualidade de pesquisadora do referido *Stricto-Senso*, venho através desta convidá-lo(a) a participar do ciclo de oficinas que contemplam meu Projeto de Pesquisa.

A realização do Projeto de Pesquisa será a partir de uma abordagem qualitativa, na qual as oficinas consistem em uma técnica de coleta de dados, com foco voltado para as opiniões, relevâncias e valores dos investigados.

O tema a ser abordado é:

- ✓ FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, SOB A PERSPECTIVA HISTÓRICO-DIALETICA, DAS ACOES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COM ENFASE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

Pesquisadora: Thaís Silva de Moura Barros

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo.

A oficina inicial acontecerá no dia **27 de Abril de 2009**, na sede da Escola Técnica, no período de 8 a 12 hrs, conforme autorização da Presidência do Instituto Dom Moacyr, o qual permite realizar a coleta de dados com a equipe em horário de expediente, em espaço na Escola Técnica em Saúde.

Ressalto que sua presença é de extrema relevância, pois contribuirá significativamente para o avanço do conhecimento científico, bem como o aprimoramento do processo formativo da Escola.

Agradeço antecipadamente sua colaboração e disposição.

Atenciosamente,

Thaís Silva de Moura Barros

Telefone: 9971-1296

E-mail: thais.moura@ac.gov.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa de mestrado. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título da Pesquisa: **FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANO EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-DIALÉTICA SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COM ÊNFASE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.**

Pesquisador Responsável: Luiz Roberto Agea Cutolo

Pesquisadora: Thaís Silva de Moura Barros

Telefone para contato: (068) 9971-1296

Esta pesquisa acontecerá no âmbito da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, e os participantes da mesma serão alguns colaboradores que compõem a equipe técnica da respectiva Escola.

As práticas curriculares da Escola estão focadas para uma concepção do Processo Saúde-Doença voltadas para a Teoria da Unicausalidade ou Multicausalidade, onde as ações de saúde predominantes são ações de recuperação e reabilitação.

Diante dessa realidade, faz-se necessário, uma discussão sobre a concepção saúde-doença, com o objetivo de superar o Modelo Biologicista.

Sua contribuição com a pesquisa será a participação em três ou quatro encontros, através da técnica de coleta de Oficina de Grupo, com duração de no máximo 3 horas cada encontro.

Os encontros serão compostos por realização de perguntas, trabalhos em grupo, exposição dialogada. As informações geradas nestes encontros serão registradas por meio do relato escrito, gravação de áudio e vídeo e fotografias. Estas informações serão analisadas, classificadas e categorizadas.

O objetivo desta pesquisa é elaborar uma síntese propositiva de reformulação de práticas curriculares da Escola.

Esta pesquisa garante o caráter sigiloso de identidade, bem como o seu o direito de retirar o consentimento de participação a qualquer tempo. O participante poderá entrar em contato com a pesquisadora para solicitar esclarecimentos, dar sugestões e fazer contribuições. Após o término da pesquisa, todos os participantes da pesquisa, bem como toda comunidade escolar da ETSMMR serão convidados para um encontro, resultados da pesquisa serão divulgados.

Assinatura dos Pesquisadores: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG
_____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em
participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a
pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios
decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a
qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e Data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C- PLANO DE AÇÃO DA OFICINA I

PLANO DE AÇÃO: 1ª OFICINA DO CICLO DE OFICINAS QUE SUBCIDARAM OS PROJETOS DE PESQUISA DO MESTRADO PROFISSIONALIZANTE E PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO IDEP

OBJETIVO: PROBLEMATIZAR OS TEMAS PROCESSO-SAÚDE DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE E LEVANTAR OS PONTOS-CHAVE QUE OS PROFISSIONAIS DESIGNAM PARA OS MESMOS.

ATIVIDADE	ESTRATÉGIA	TEMPO	PRAZO	RESPONSÁVEL	RECURSOS	OBJETIVOS
Realização da 1ª Oficina do Projeto de Pesquisa	1.Convite aos possíveis participantes da oficina	-	Até 20/04	Thaís	1.Envio de uma carta-convite para todos os possíveis participantes informando a data, horário e local.	Convidar e informar a todos sobre a oficina.
	2. Preparação da logística para execução da oficina	-	Até 24/04	Thaís	1.Espaço Físico; 2.Máquina Filmadora; 4.Máquina Fotográfica; 3.Lanche;	Preparar o ambiente para assegurar o bem-estar dos participantes e garantir o registro para posterior análise do discurso.
	4.Apresentação sucinta do mestrado, universidade, orientador, projeto e cronograma das oficinas, pactuando os demais encontros	15'	27/04	Thaís	1.Quadro Branco.	Sensibilizar os participantes à respeito da importância do projeto para a instituição.
	5.Leitura e assinatura do Termo de Consentimento	15'	27/04	Thaís	1.Xerox do Termo de Consentimento-	Garantir o livre arbítrio dos participantes.
	6. Dinâmica de Integração do Grupo	10'	27/04	Thaís	1.Escolha da dinâmica de integração e providências dos recursos materiais necessários para realização da mesma.	Integrar os participantes e criar um clima de descontração.
	7.Problematização dos conceitos: Saúde x Doença Serão distribuídas tarjetas, nas quais os participantes conceituarão sucintamente os termos descritos acima	15'	27/04	Thaís	1. Tarjetas Recortadas; 2. Pincél Atômico; 3. Fita Adesiva	Identificar os conceitos dos participantes a partir de uma atividade teórica.

	8. Problematização e apresentação em grupo do conceito de Saúde a partir do uso de brinquedos e/ou objetos com a seguinte pergunta: Qual a saúde que temos? Qual a saúde que queremos?	20'	27/04	Thaís	1. Brinquedos; 2. Objetos; 3. Cartolinas; 4. Pincél atômico	Identificar os conceitos dos participantes a partir de uma atividade prática, e compará-los com os da atividade teórica.
	9. Problematização em tarjetas: O que você entende por Promoção da Saúde?	10'	27/04	Thaís	1. Tarjetas; 2. Pincél Atômico.	Identificar o conceito de Promoção da Saúde a partir de uma atividade prática.
	10. Os participantes serão divididos em 4 grupos, e os mesmos apresentarão através de gravuras, músicas, dramatizações uma atividade prática de Promoção da Saúde que os mesmos desenvolvem com seus educandos.	20'	27/04	Thaís	1. Revistas; 2. Livros	Identificar o conceito de Promoção da Saúde a partir de uma atividade teórica.
	11. Intervalo para Lanche	20'	27/04	Thaís	1. Lanches	Propiciar um momento de descontração e integração do grupo
	18. Avaliação do dia	03'	27/04	Thaís	1.Ficha de Avaliação	Os participantes descreverão como se sentiram durante o encontro através de uma ficha de avaliação lúdica, representada pelos sentimentos: Feliz, Cansado, Dúvidas.

APÊNDICE D- PLANO DE AÇÃO DA OFICINA II

PLANO DE AÇÃO: 2ª OFICINA DO CICLO DE OFICINAS QUE SUBCIDARAM OS PROJETOS DE PESQUISA DO MESTRADO PROFISSIONALIZANTE E PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO IDEP

OBJETIVO: PROBLEMATIZAR, LEVANTAR PONTOS-CHAVE E SENSIBILIZAR PARA A DISCUSSÃO DO TEMA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROCESSO-SAÚDE DOENÇA ATRAVÉS DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE DE SAÚDE .

ATIVIDADE	ESTRATÉGIA	TEM PO	PRAZ O	RESPONSÁ VEL	RECURSOS	OBJETIVOS
Realização da 2ª Oficina do Projeto de Pesquisa	1.Confirmação da data da oficina	-	Até 15/05	Thaís	1.Envio de e-mail e telefonema para todos os participantes confirmando a data, horário e local.	Confirmar a presença de todos.
	2. Preparação da logística para execução da oficina	-	Até 26/04	Thaís	1.Espaço Físico; 2.Máquina Filmadora; 4.Máquina Fotográfica; 3.Lanche;	Preparar o ambiente para assegurar o bem-estar dos participantes e garantir o registro para posterior análise do discurso.
	3.Retomar a discussão sobre Promoção da Saúde, através de perguntas diretas a. Se você fosse dar um exemplo de PS em sala de aula, o que você diria?	60'	27/05	Thaís	1.Quadro Branco.;	Identificar os conceitos dos participante sobre PS para posterior análise e categorização.
	4.Intervalo	20'	27/05		Lanche	Propiciar um momento de lazer aos participantes
	5.Apresentação dos Slides “O frio pode ser quente”.	15'	27/04	Thaís	1.Data Show	Deixar a mensagem de que os conceitos dependem do “óculos que se calça”, e que portanto, as ações em saúde também são resultantes da concepção de saúde.

	<p>6. Mostrar as categorias encontradas a partir da análise e discutir/questionar com os participantes (em grupos) :</p> <p>a. Você, na condição de mediador, ao ministrar uma aula sobre saúde, como você vê esta frase?</p> <p>Categorias:</p> <p>I.Saúde como ausência de doenças;</p> <p>II.Saúde como processo;</p> <p>III.Doença como desequilíbrio;</p> <p>IV.Saúde como o equilíbrio do Bem-Estar Físico, Mental e Social;</p> <p>V.Saúde como Algo Determinado;</p> <p>VI.Saúde como Algo Condicionado;</p> <p>VII. Doença como desgaste do corpo;</p>	50'	27/04	Thaís	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tarjetas Recortadas e Escritas com as categorias; 2. Pincel Atômico; 3. Fita Adesiva 	<p>Identificar os conceitos dos participantes a partir de uma das categorias de análise dos mesmos, considerando esta atividade como um <i>start</i> para a problematização do tema saúde-doença.</p>
--	--	-----	-------	-------	---	---

	<p>7. Após apresentação dos grupos, será realizado o seguinte questionamento:</p> <p>a. Quais as categorias que se caracterizam como problemas no âmbito da formação de pessoas?</p> <p>b. Onde se localizam estes problemas? Fora ou dentro da Escola?</p> <p>c. Quais os pontos –chave destes problemas?</p> <p>c. Qual a governabilidade da Escola sobre estes problemas?</p>	20'	27/04	Thaís	<p>5. Data show</p> <p>6. Imagens</p> <p>7. Quadro branco</p>	<p>1. Propiciar aos participantes um momento de reflexão para que os mesmos possam “olhar” para os problemas instalados na formação de pessoas sobre o assunto SAUDE-DOENCA.</p> <p>2. Sensibilizar os participantes para a necessidade de discussão aprofundada sobre saúde-doença e promoção da saúde.</p>
	<p>8. Avaliação do dia e pactuação do próximo encontro</p>	5'	27/04	Thaís	<p>3. Avaliação</p>	<p>Observar quais as expectativas dos participantes sobre o encontro.</p>

APÊNDICE E- PLANO DE AÇÃO DAS OFICINAS III E IV

PLANO DE AÇÃO: 3ª e 4ª OFICINA DO CICLO DE OFICINAS QUE SUBSIDIAM OS PROJETOS DE PESQUISA DO MESTRADO PROFISSIONALIZANTE E PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO IDEP

OBJETIVO: Realizar Observação sobre a Concepção de Promoção da Saúde e Levantamentos de Pontos-Chave.

ATIVIDADE	ESTRATÉGIA	TEMPO	PRAZO	RESPONSÁVEL	RECURSOS	OBJETIVOS
Realização da 1ª Oficina do Projeto de Pesquisa	1.Convite aos participantes da oficina	-	Até 06/07	Thaís	1.Envio de um e-mail para todos os participantes informando a data, horário e local.	Convidar e informar a todos sobre a oficina.
	2. Preparação da logística para execução da oficina	-	Até 14/07	Thaís	1.Espaço Físico; 2.Máquina Filmadora; 4.Máquina Fotográfica; 3.Lanche;	Preparar o ambiente para assegurar o bem-estar dos participantes e garantir o registro para posterior análise do discurso.
	3. Teorização sobre Processo Saúde-Doença: •	60'	15/07	Thaís	1.Data Show; 2.Computador; 3.Texto de Apoio para Leitura;	Realizar teorização e promover uma discussão sobre Processo Saúde-Doença.
	4. Modelo de Formação: • Flexneriano; • Integralidade	15'	15/04	Thaís	1. Data Show	Apresentar a discrepância entre os modelos de formação.
	6. Intervalo	20'	15/07	Thaís		
	7. Teorização sobre Promoção da Saúde: • Leavell & Clarck; • Relatório La londe; • Carta de Ottawa; • Nova Promoção da Saúde.	60'	15/07	Thaís	4. Tarjetas Recortadas; 5. Pincél Atômico; 6. Fita Adesiva	Identificar os conceitos dos participantes a partir de uma atividade teórica.

	<p>8. Aos participantes será apresentado o Eixo de Aprendizagem Promoção da Saúde e Processo Saúde-Doença, e a partir deste eixo, os mesmos deverão elaborar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competência; • Bases Científicas; • Habilidades; • Valores. 		17/07	Thaís	7. Pré-Proposta de Matriz	Analisar a sugerir alterações para elaboração de uma matriz de acordo com os conceitos contemporâneos.
	<p>9. Construção Coletiva. Após a apresentação e junção dos dois grupos sobre o trabalho acima, será construído uma competência, as bases científicas, habilidade e valores que será utilizada nos Planos de Curso</p>		17/07		8. Proposta da Matriz Curricular	Apresentação da Matriz.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)