

**“O médico da Estratégia Saúde da Família: saberes, lugares e ações. Um estudo em busca das potencialidades educativas do profissional médico no Teias-Escola de Manguinhos”**

*por*

***Alessandra Santos dos Reis***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares*

*Segundo orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta*

Rio de Janeiro, dezembro de 2013.

*Esta dissertação, intitulada*

**“O médico da Estratégia Saúde da Família: saberes, lugares e ações. Um estudo em busca das potencialidades educativas do profissional médico no Teias-Escola de Manguinhos”**

*apresentada por*

***Alessandra Santos dos Reis***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Ferreira Romano

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Dias de Lima

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora principal

*Dissertação defendida e aprovada em 18 de dezembro de 2013.*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

- R375 Reis, Alessandra Santos dos  
O médico da Estratégia Saúde da Família: saberes, lugares e ações. Um estudo em busca das potencialidades educativas do profissional médico no Teias-Escola de Manguinhos. / Alessandra Santos dos Reis. -- 2013.  
86, f. : graf. ; mapas
- Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato  
Matta, Gustavo Corrêa
- Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
1. Médicos. 2. Trabalho. 3. Educação em Saúde.  
4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.
- CDD - 22.ed. – 362.12

## AGRADECIMENTOS

A Deus.

A meu pai, sempre no meu coração.

A meu avô José, lindo e amado filho de quem tenho saudades.

A meu irmão Renato que é meu melhor amigo.

A minha equipe PAMB pelo apoio incondicional.

A minha amiga Mellina pelo apoio nos momentos difíceis que passei no decorrer deste mestrado denso e intenso.

A equipe do Parque Carlos Chagas: Mellina, Fernanda, Elizangela, Ricardo, Verinha, Dona Sandra, Dona Maria, Débora, Monique, Janaina, Rosilene, e Sabrina, pela acolhida, ensinamentos e contribuições que renderão belos frutos futuros.

A meus orientadores Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares e Dr. Gustavo Corrêa Matta, pelos ensinamentos e pela paciência de me conduzir compreendendo minhas limitações ensaísticas.

A Professora Valéria Ferreira Romano, querida tutora e musa inspiratória e expiratória.

A Dra. Celina pelo exemplo, dia a dia, de que é possível ser um excelente médico na APS e manter-se íntegro, ético, solidário e humano.

A professora Elyne pela oportunidade de me aperfeiçoar cada vez mais.

Soneto da mestranda utópica ou Soneto para Fafá

Aos Reginaldos e Marias e Josés e Alices  
Brasileiros e brasileiras como Paulo Freire diria  
Muito mais a conquistar  
Dia a dia, dia a dia...

Resistamos à saúde mercadológica!  
Nada de fatalismo imobilista!  
A humanidade é muito melhor,  
De que a lógica capitalista.

Mas o que fazer então?  
Leiamos Starfield, Foucault, Freire, Morin...  
Corramos em busca da solução!

Da solução na educação.  
Que deixa de ser em,  
Para ser para a saúde.

Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência.

Karl Marx

## RESUMO

O médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem suas atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Primária (PNAB). No entanto, seu trabalho vivo em ato, exige um perfil de profissional que seja capaz de integrar saberes que aditam à sua formação acadêmica. Ao mesmo tempo que a APS se apresenta como forma de reorientação da atenção à saúde no Brasil, a ESF se estabelece gradativamente como modelo elencado como padrão pelo Ministério da Saúde. Uma vez que o profissional médico pode atuar como importante protagonista das ações de educação para a saúde propõe-se o estudo deste tema. Foi realizado um estudo qualitativo com o objetivo de analisar a atuação do médico nas ações de educação para a saúde na Estratégia de Saúde da Família do Território Integrado de Atenção a Saúde (Teias) Escola Manguinhos. Associado a análise de documentos e a revisão bibliográfica, adotou-se a técnica da entrevista semiestruturada. Esta, foi realizada com os profissionais médicos pertencentes à Estratégia de Saúde da Família do Teias-Escola Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. Os achados encontrados corroboram com a literatura referenciada e apontam para a utilização da consulta médica individual como interface para as ações de educação para a saúde. Foi identificado que as demandas da gestão associadas às demandas das pessoas de Manguinhos provocam um forte ponto de tensão sobre a potencial atribuição do médico de família na sua dimensão como educador para a saúde. Desta forma foram elaboradas propostas com o objetivo de contribuir para o trabalho médico na ESF.

**Palavras-chave: trabalho médico, educação para a saúde, estratégia de saúde da família.**

## **ABSTRACT**

The physician of the family health Strategy has his tasks set in national politics of primary care. However, his work alive in act, requires a professional profile that is capable of integrating knowledge to add to their academic training. Once the ESF presents itself as a way of refocusing the attention to health in Brazil and that the medical professional can act as an important protagonist of the actions of health education, the relevance of this study incomes. A qualitative study was conducted to analyze the role of the physician in the actions of education for health in the family health strategy of the Integrated Health Attention Territory School Manguinhos. Associated with the analysis of documents and the literature review, the semi-structured interview technique was used. This was accomplished with medical professionals belonging to the family health Strategy of Manguinhos , in the city of Rio de Janeiro. The findings found support with the referenced literature and point to the use of individual medical consultation as an interface to the actions of health education. It was identified that the demands of management associated with the demands of the people of Manguinhos provoke a strong point of tension about the potential role of the family physician in its dimension as a health educator. Proposals were made in this manner with the objective of contributing to medical work in the ESF.

**Key words: physician work, health education, family care strategy.**

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO</b>	
<b>1.1 O médico e a Estratégia de Saúde da Família.</b>	
<b>1.2 Organização do estudo</b>	
<b>II. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>27</b>
<b>2.1 O trabalho médico</b>	<b>27</b>
<b>2.2 A educação para a saúde</b>	<b>33</b>
<b>III. METODOLOGIA</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Caracterização do estudo</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Cenário e Universo do estudo</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Técnica de pesquisa</b>	<b>46</b>
<b>3.3.1 Entrevistas</b>	<b>47</b>
<b>3.4 Análise de dados</b>	<b>47</b>
<b>3.5 Considerações éticas</b>	<b>48</b>
<b>IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>49</b>
<b>4.1 Perfil dos entrevistados</b>	<b>49</b>
<b>V. CONCLUSÃO</b>	<b>71</b>
<b>VI. PROPOSIÇÕES</b>	<b>72</b>

## **VII . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

75

**ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**ANEXO II: Roteiro de entrevista**

**ANEXO III: Declaração de anuência**

**ANEXO IV: Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa ENSP**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

CSE Manguinhos – Centro de Saúde Escola Manguinhos

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

OS – Organização Social da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

SMS RJ– Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro nº 01: Atribuições específicas do médico da equipe de ESF.

Quadro nº 02: Evolução do número de mulheres médicas no Brasil.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead.	23
Figura 2. Fatores determinantes da estrutura populacional.	38
Figura 3. Aspectos históricos e concepções na área de educação para a saúde no Brasil.	40
Figura 4. Modelo conceitual dos fatores que influenciam a atuação do médico da ESF como educador para a saúde.	41
Figura 5. Distribuição das equipes de ESF nos serviços de saúde do Território de Manguinhos.	45
Figura 6. Distribuição da residência médica em Saúde da Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro.	51
Figura 7. Material elaborado por uma das equipes da ESF do CSE Manguinhos	58
Figura 8. Tensão que incide sobre o profissional da ESF de Manguinhos com relação às ações de educação para a saúde.	70

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 01. Médicos entrevistados e seus vínculos empregatícios.	50
Gráfico 02. Distribuição por gênero dos médicos entrevistados.	50
Gráfico 03. Médicos entrevistados com formação específica para trabalhar na ESF.	52
Gráfico 04. Outras especialidades dos médicos entrevistados.	53
Gráfico 05. Distribuição da formação público/privado dos médicos entrevistados.	53

## **I. INTRODUÇÃO**

No decorrer de meu percurso profissional como médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território de Manguinhos/ Rio de Janeiro – RJ, área urbana de grande vulnerabilidade, pude ter uma maior percepção dos determinantes sociais de saúde e sua influência na vida das pessoas.

A vivência do trabalho na ESF num Centro de Saúde localizado dentro de uma escola onde a pesquisa e o ensino em saúde pública constituem o dia a dia, me fez experimentar o conflito teoria versus prática de maneira intensa.

Este trabalho é fruto de uma inquietude que persevera e deflagra em mim mesma a busca da teoria na prática, ou a prática da teoria, no cotidiano do meu trabalho como médica da ESF.

No Brasil, a Atenção Primária a Saúde (APS) tem na ESF a principal estratégia para reorientação do Modelo de Atenção a Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando maior compreensão ampliada do processo saúde-doença e intervenções que permeiem além das atividades assistenciais curativas.

Na APS a ESF é considerada como porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Características diretamente relacionadas ao princípio de integralidade do SUS que, somadas a alta complexidade da atenção na APS, mobilizaram-me a problematizar o trabalho médico na ESF e as possíveis potencialidades do profissional médico como educador para a saúde.

O médico e sua figura a beira do leito nos remete à clínica soberana e constitui parte do exercício cotidiano do médico de saúde da família. De acordo com Foucault, a clínica constitui elemento do saber médico para constituição de sua cientificidade e positividade: trata-se do olhar constante sobre o doente, que teria permitido a medicina fazer-se científica construindo um regime de verdade, sempre questionada e reafirmada na circulação de sua produção (FOUCAULT, 2011)<sup>01</sup>.

*“A coincidência exata do “corpo” da doença com o corpo do homem doente é um dado histórico e transitório... O espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal do corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX...”.* (FOUCAULT, 2011)<sup>01</sup>:

A existência da medicina no hospital ocorre apenas em meados do século XVIII. Até então, a medicina era uma prática não hospitalar (FOUCAULT, 2008)<sup>02</sup> e o hospital não era uma instituição médica, mas sim uma instituição de assistência aos pobres regida por religiosos e caridosos. Neste século, marcado pelo nascimento da medicina social<sup>1</sup> o hospital passa a ser um meio de intervenção sobre o doente.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar e gradativamente aumenta seu número de visitas durante o século XVIII. Aparece assim o personagem do médico de hospital, que antes não havia (FOUCAULT, 2008)<sup>02</sup>.

Com a disciplinarização do espaço hospitalar, a doença e sua observação passam a ser o objeto da medicina. A cura, o registro, a formação e o acúmulo do saber constituem imenso domínio limitado no indivíduo (FOUCAULT, 2008).<sup>02</sup>

Isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime culmina com uma medicina individualizante. Efetivamente, é o corpo do indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos (FOUCAULT, 2008)<sup>02</sup>. O protagonismo do profissional médico na medicina marca esse momento, assim como seu distanciamento do contexto social de seus “pacientes”.

O modelo biomédico de saúde, que advém desta centralidade hospitalar, com o seu foco principal na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças contribuiu e contribui para o desenvolvimento das ações de saúde. Contudo, essa abordagem reducionista, é inepta por não considerar os determinantes sociais de saúde.

O movimento de promoção de saúde veio, não para negligenciar a atenção curativa, mas para complementar as lacunas características do modelo biomédico. Propõe-se uma abordagem em que a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável requerem medidas de foro ambiental, econômico, sócio - cultural e legislativo para sua efetivação.

As bases conceituais e políticas contemporâneas as promoção da saúde foram estabelecidas pelas conferências internacionais realizadas em Ottawa, em 1986, em Adelaide em 1988 e em Sundsväl em 1991.(Ministério da Saúde, 2002)<sup>03</sup>

---

<sup>1</sup> A medicina social formou-se a partir de três etapas: A medicina de Estado, na Alemanha, a medicina Urbana, na França e a medicina da força de trabalho, na Inglaterra.<sup>06</sup>

No Brasil, as ações de educação em saúde tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX. As campanhas sanitárias da Primeira República e a expansão da medicina preventiva apresentavam estratégias de educação para a saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. (MERHY, 2011)<sup>04</sup>

Até a primeira metade da década de 1970, a prática de atenção à saúde era caracterizada, excluindo-se as instituições filantrópicas como as santas casas, exclusivamente à medicina privada, para os que podiam pagar; e nos hospitais da previdência social, para os trabalhadores que tinham carteira assinada. (MERHY, 2011)<sup>04</sup>

Neste cenário, as práticas eram basicamente curativas. As práticas preventivas e educativas para a saúde se davam de forma isolada. A crescente insatisfação com esta realidade suscitou um processo de instabilidade social que fez com que o Estado estabelecesse providências. (MERHY, 2011)<sup>04</sup>

Doravante, na tentativa de oferecer uma medicina curativa para os mais necessitados, começa a ser implementada no Brasil uma proposta de medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo, e que valorizava os aspectos preventivos da saúde. (MERHY, 2011)<sup>04</sup>

Assim, foram concebidos vários postos e centros de saúde em muitas regiões e cidades periféricas dos grandes e médios centros de desenvolvimento. Nesses espaços os profissionais de saúde se viram diante da necessidade de atuar próximos da realidade das pessoas que eles atendiam, e passaram a se integrar na dinâmica da vida das classes populares. (MERHY, 2011)<sup>04</sup>

A abertura política, após longo período de manutenção deste cenário, torna possível a reforma sanitária, oriunda de lutas políticas e institucionais que se intensificaram durante toda a década de 1980.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde evidencia-se como grande marco político e teórico do processo de reestruturação da saúde pública da década de 1980.

Com base nas propostas advindas deste encontro, criou-se em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que garantiu o atendimento universal nos serviços de atenção básica e rede de hospitais públicos e conveniados, iniciando um processo de descentralização de poder e desconcentração de recursos ao fortalecer as gestões estaduais. (MERHY, 2011)<sup>04</sup>

Em 1988, a Constituição Federal estabelece no art. 196, que a saúde é um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a

garantam. Com ela, foi criado o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado com a Lei nº. 8.08016, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que definia como alguns dos princípios e diretrizes do SUS.

Aflora neste novo panorama, a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde colocando em evidência a APS como campo estratégico de práticas da saúde e de reorganização do modelo de atenção à saúde.

A APS propicia, por sua proximidade às pessoas em seus territórios, tornar presentes os aspectos sociais, culturais e subjetivos constitutivos do processo saúde-doença. Esta convivência oportuniza a manutenção de ações para a saúde sobre cada indivíduo e facilita o desenvolvimento de um maior diálogo e vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas por eles cuidadas. Por conseguinte, pode-se aplicar a perspectiva da integralidade na clínica.(RABELLO, 2010)<sup>05</sup>

Quando o profissional médico da ESF incorpora na sua práxis tal perspectiva, ele pode exercer a função de agente de inclusão entre as pessoas e os demais membros de sua equipe. O que se dá na medida em que ele desenvolve uma prática cotidiana de educador para a saúde. Desta forma, possivelmente poder-se-á alcançar a transitoriedade da medicina médico centrada, onde pouco a pouco, mediante uma abordagem interdisciplinar que favoreça a construção de uma atenção renovada na APS, o vínculo não será entre médico e “paciente”, mas sim entre as pessoas e os profissionais da equipe da ESF.

### 1.1 O médico e a Estratégia de Saúde da Família

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade cuja singularidade é ser constituída pela generalidade. As demais especialidades primam por ações que incidem numa abordagem exclusiva sobre determinada faixa etária, gênero ou segmento do corpo, de maneira gradativamente restrita.

Este alto grau de especialização estabelece, no Brasil, uma inadequação entre recursos aplicados à solução dos problemas de saúde e a natureza destes problemas. O que pode ser ratificado pelos indicadores de saúde.

Donnangelo,<sup>06</sup> já em 1975, defendia a diferenciação de um tipo de profissional capaz de integrar, em algum nível, informações próprias das áreas mais gerais da medicina. A

Medicina de Família e Comunidade readquire este profissional na figura do médico de família, cuja abordagem é integral, continuada e contextualizada.

O estudo do trabalho médico na ESF nos remete à relação de proximidade e confiança características da relação médico-paciente no início do século 20. No entanto, as mesmas tecnologias e técnicas da segunda metade do século 20 que ampliaram a efetividade da medicina como ciência e propiciaram resolubilidade a inúmeras circunstâncias antes inacessíveis, se desenvolveram a partir de uma atuação médica fragmentada, impessoal e com valorização das habilidades técnicas em detrimento da relação médico-paciente.(CZERESNIA)<sup>07</sup>

O avanço na tecnologia tem sido levantado em diversos estudos como fator que contribui para o distanciamento entre profissionais de saúde e as pessoas. Ora, a APS propicia o encontro desta proximidade dispersa. Desta forma, no cenário contemporâneo brasileiro, a ESF se apresenta como forma factível de reorganização do modelo de atenção à saúde.<sup>08</sup>

Modelo de atenção à saúde ou “modelos assistenciais” podem ser definidos como combinações de tecnologias - materiais e não materiais - utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. (CZERESNIA)<sup>07</sup>

O modo de produção tradicional das ações em saúde apresenta limitações para compreender a multiplicidade de fatores envolvidos na produção do processo saúde e doença e conseqüentemente formular propostas terapêuticas eficazes e eficientes. O setor saúde não é autossuficiente para manejar os problemas de saúde e doença, já que ambos são decorrentes de determinantes sociais, os quais abrangem condições largamente extra-sanitárias.<sup>07</sup>

Desta forma, o Modelo da Vigilância da Saúde e a promoção da saúde emergem no afã de se construir um marco teórico-conceitual capaz de atualizar e reconfigurar o campo social da saúde.<sup>07</sup> A vigilância da saúde incorpora e supera os outros modelos sociais, uma vez que implica na redefinição dos sujeitos, do objeto, dos métodos e formas de organização dos processos de trabalho.

Compatível com o Modelo de Vigilância da Saúde, a ESF foi concebida desde sua origem para a reorganização do SUS. Primeiramente como programa, iniciado em 1994, firmou-se como estratégia de reorganização e fortalecimento da atenção básica a partir de 1998, estabelecendo-se como primeiro nível de atenção à saúde no SUS mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde.

A APS contempla as 4 formas existentes de se visualizar a atenção primária: 1) como um conjunto de atividades; 2) como um nível da atenção; 3) como uma estratégia para organizar a atenção à saúde e 4) como uma filosofia que permeia a atenção à saúde (ROMANO, 2008)<sup>09</sup>. Sua estrutura original, com trabalho multiprofissional e em equipe, difere da medicina familiar vigente em vários outros países e prima pela integralidade do cuidado.

A ESF possibilita, em teoria, tornar presentes os aspectos sociais, culturais e subjetivos constitutivos do processo saúde-doença facilitando a construção de um maior diálogo e vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas, e, por conseguinte, aplicando a perspectiva da integralidade na clínica.<sup>10</sup>

Segundo Starfield <sup>11</sup>, em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. São eles: Os sistemas de atenção á saúde devem ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; os sistemas de atenção à saúde devem ser direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde focados na qualidade, incluindo a relação custo - efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; direcionados para a atenção primária.

Na ESF, a composição de suas equipes tem o mínimo de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O enfoque destas equipes preconiza o planejamento da resolução dos problemas de saúde com a participação comunitária e a valorização da intersetorialidade, tendo sob sua responsabilidade o acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes da ESF atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

De acordo com Alves <sup>12</sup>, a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada com ênfase na atenção primária à saúde, em especial da saúde da família. Objetiva

umentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais.

A ESF propõe-se a trabalhar com o modelo da Vigilância da Saúde. Pretende-se a co-responsabilização e o empoderamento das pessoas pertencentes ao seu território de atuação. A participação popular e o exercício da intersetorialidade articulados a uma atenção à saúde integral dos indivíduos e grupos populacionais propicia a reorientação das ações de saúde.

A ênfase às práticas de educação para a saúde e a promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada, estimula não só uma atenção à saúde de forma integral, mas também a vivência da cidadania.

A reorientação destas práticas de saúde pela ESF requer profissionais que atuem para além dos saberes contidos nas grades curriculares tradicionais e que ainda são a base da formação médica em alguns Cursos. Em se tratando do profissional médico, Romano<sup>09</sup> nos faz refletir sobre seu perfil, uma vez que no Brasil o Ministério da Saúde não o conceitua em si, mas sim as suas atribuições enquanto membro de uma equipe multiprofissional. O que pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro nº 01: Atribuições específicas do médico da equipe de ESF.

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade.
II -realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc).
III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário.
V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, man-tendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário.
<b>VI -contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe.</b>
VII -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Fonte: Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. <sup>10</sup>

Como se pode perceber, o tema educação apenas assoma quando há referência à educação permanente. A prerrogativa para que o profissional médico possa se apropriar de uma prática onde a abordagem integral, contextualizada e transformadora ocorra encontra-se nas atribuições comuns a todos os membros da equipe. Concerne, portanto, ao profissional médico em si, não limitar-se apenas a uma assistência curativa centrada na doença.

As profissões da área de saúde requerem o apelo de lidar com pessoas. O trabalho se funde e por vezes se confunde com o mundo da vida. E é neste mosaico trabalho-vida que a ESF aflora como lócus ideal por sua proximidade, possibilidade de vínculo e pela integralidade e longitudinalidade de suas ações.

O médico da ESF pertence a uma especialidade médica do grupo sociológico cognitivo, uma vez que há maior contato pessoal e envolvimento do profissional com as pessoas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada. (MACHADO)<sup>13</sup>

*“A revolução tecnológica do fim do século xx tem provocado mudanças significativas tanto nos saberes como nas práticas da profissão médica. A autonomia técnica, o poder de decisão, a relação médico-paciente, a tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde, o domínio e conhecimento globalizante do corpo humano, bem como o prestígio e o status quo dos médicos sofreram abalos importantes, alterando não só a dinâmica interna da profissão como e especialmente a nova visão social que a sociedade passa a produzir sobre os médicos em geral.” (MACHADO)<sup>13</sup>*

Os avanços tecnológicos ao mesmo tempo em que abrem novos mercados, inclusive novas especialidades e novas profissões, produziram também um acúmulo considerável de poder de decisão nas mãos dos médicos. (MACHADO)<sup>13</sup>

Considerando a complexidade do conhecimento e da prática da medicina é inteligível que a divisão do trabalho médico tenha se imposto. Sob a ótica de Durkheim, a divisão do trabalho infere um valor positivo. Portanto, as especializações são inerentes à necessidade de estabelecimento de relações de troca onde os diferentes profissionais sofrem a atuação de uns sobre os outros que interagem durante o processo de trabalho.

A medicina de Família e Comunidade se apresenta como especialidade cuja conceituação que se desenvolveu com o passar dos anos.

De acordo com Leeuwenhorst<sup>14</sup> em 1974: “O médico de família é um médico graduado e licenciado para oferecer cuidado pessoal primário e contínuo a indivíduos e famílias cuja prática abrange as populações independente de idade, gênero ou doença.” Já em 2000, Olesen<sup>14</sup> especifica melhor :

*“Um especialista formado para trabalhar na linha de frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema(s) de saúde que os pacientes possam apresentar. O médico de família cuida de indivíduos no seio de sua sociedade, independente do tipo da doença ou de outras características pessoais ou sociais, organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício dos pacientes. O médico de família interage com indivíduos autônomos nos campos da prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e mediação, usando e integrando as ciências da Biomedicina e da Psicologia e Sociologia médicas.”*

De acordo com Rabello<sup>05</sup>, os médicos tem uma responsabilidade especial para responder à luta por uma saúde melhor e que mudanças poderiam vir mais rapidamente se eles juntassem forças com os membros da sociedade civil como defensores de iniciativas e/ou intervenções da

promoção da saúde e da saúde pública. Entretanto, a realidade constitui-se de uma sucessão de desafios.

Como diz Cunha<sup>14</sup>, “Na atenção básica [...] o sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer sua influência [...]”.

Na ESF é necessário perceber as singularidades das pessoas e considerar as diferenças entre os sujeitos durante a construção compartilhada do processo terapêutico. A adscrição das pessoas por equipe propicia encontros sucessivos entre os profissionais e as pessoas cadastradas convergindo à intervenção terapêutica com a intervenção do contexto no momento destes encontros.

A pessoa, no âmbito da atenção primária, diferente daquela no hospital, é mais senhora de si e demonstra muito mais autonomia. Desta forma, a capacidade de diálogo torna-se essencial e implica na disposição e conhecimento técnico para escuta, em aceitação do outro e de seus saberes.(CUNHA,2010)<sup>14</sup>

Segundo Buss<sup>15</sup>, para ter saúde são necessários, mesmo com toda a complexidade implicada nesses conceitos: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social.

O modelo de atenção preconizado na ESF, o da Vigilância da Saúde, evidencia os determinantes sociais de saúde (DSS). Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.(BUSS,2000)<sup>15</sup>

A base conceitual de DSS que orienta este trabalho é a mesma adotada no relatório final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) que ocorreu no Brasil em 2008. Trata-se do modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, que por si só se faz compreender pela fácil visualização dos macro e micro determinantes.

FIGURA 01: Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whithead.



Fonte: Buss e Pelegrinni 2007<sup>17</sup>

Ou seja, para se fomentar a saúde é necessário atuar nos principais DSS. Isto possibilita a reorientação dos serviços de saúde repensando-se as ênfases curativo/preventivas e individual/coletivo assim como num importante papel de defesa da causa da saúde (*advocacy*) e mediação intersetorial, como preconizam as cartas da promoção da saúde. (BUSS, 2000)<sup>15</sup>

A promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis. (BUSS, 2000)<sup>15</sup>

A contiguidade da ESF com o território e a efetiva estrutura de equipe integrada<sup>2</sup>, onde exista o comprometimento dos profissionais, não apenas com suas atribuições, mas com todo o processo de trabalho da equipe são essenciais para que seja possível a priorização de uma prática compatível com o modelo de Vigilância da Saúde.

Tendo em vista que as representações sociais dos trabalhadores da saúde são as bases sob as quais derivam suas *práxis*<sup>3</sup> individuais, estas sofrem influência, ou são geradas a partir

<sup>2</sup> O trabalho em equipe é considerado dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar tanto equipes de trabalho integradas, como equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. A construção de equipes integradas tem como base a mudança das práticas de saúde onde exista a democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde. (Rubem Mattos)

<sup>3</sup> Notar que admite-se aqui, à acepção marxista de *práxis*. Ou seja, diz respeito a “atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz) e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico assim como a si mesmo”<sup>21</sup>

dos órgãos formadores, que por sua vez refletem o saber popular sobre saúde e doença. A representação hegemônica do campo da saúde define-a por oposição à doença, no entanto, observa-se um processo de mudança lenta e gradual em curso.<sup>02</sup>

O modelo de atenção à saúde biomédico, não somente hegemônico na percepção das pessoas de Manguinhos, mas também presente nas práticas dos profissionais de saúde tem, na ESF, um forte aliado para a atenuação de sua hegemonia quando a equipe configura-se como uma equipe integrada (MATTOS, 2007)<sup>18</sup>

Desta forma, quando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>10</sup> de 21 de outubro de 2011, ressalta que **cabe a toda a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família a realização de ações de educação em saúde, sendo estas planejadas em equipe**, este trabalho almeja evidenciar que, também, cabe ao médico da ESF exercer o papel de agente de inclusão, potencializando o processo de trabalho da equipe através da realização de uma abordagem calcada em ações de enfrentamento dos DSS, a partir da construção da clínica ampliada.

Desta forma, neste estudo sobre o trabalho médico na ESF, toma-se como referência reflexiva a educação para a saúde. Esta, definida como aquela que capacita a população para o enfrentamento de situações que podem vulnerabilizar sua saúde, onde os trabalhadores de saúde refletem sobre as diferenças culturais e atuam na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo.

A educação para a saúde assume a complexidade da relação humana e reconhece a relatividade de cada interpretação, buscando o entrelaçamento das perspectivas e contextos de diferentes sujeitos (MORIN, 2009)<sup>19</sup>.

A educação para a saúde deve ser capaz de utilizar elementos dos aspectos socioculturais de dada população e integrá-los aos conhecimentos técnico-científicos da dimensão biológica, para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar novas práticas de cuidados com a saúde.

O estudo proposto neste trabalho objetiva investigar, tendo como eixo de análise o trabalho médico, as ações de educação para a saúde na ESF. Para tal, têm-se como ponto de partida os seguintes questionamentos:

→Quais são as concepções de educação para a saúde dos médicos da ESF?

- Os médicos da ESF participam de atividades de educação para a saúde?
- O médico da ESF contribui para a atuação sinérgica da equipe de ESF?
- As atividades de educação para saúde são planejadas em equipe?
- O tempo de implementação da ESF propicia uma maior participação popular nos processos concernentes a sua saúde?
- Existe relação direta entre o vínculo do “paciente” com o médico e a inserção daquele nas atividades de educação para a saúde?
- Existe relação do tempo de permanência de uma mesma equipe e a participação dos indivíduos cadastrados nas ações de educação para a saúde?

Não se pretende responder a todas essas questões, mas elas foram importantes para o recorte do objeto de estudo. Portanto, a questão central é:

**→De que forma o processo de trabalho dos médicos da ESF interfere nas práticas de educação para a saúde?**

## OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação do médico nas ações de educação para a saúde na Estratégia de Saúde da Família do TEIAS Escola Manguinhos.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as ações concernentes ao processo de trabalho dos médicos da ESF no TEIAS-Escola Manguinhos
- Analisar os fatores que influenciam na participação do médico nas atividades de educação para a saúde
- Propor estratégias para que o médico da ESF atue como educador para a saúde.

### 1.2 Organização do estudo

Esta dissertação teve como tema o trabalho médico na ESF tendo como eixo de análise a educação para a saúde. Para tal, foi estruturada em 4 partes.

Primeiramente são expostas as motivações do presente trabalho, introduzindo a questão da medicina como ciência e a figura do profissional médico. Apresenta-se a APS e como esta se constitui no Brasil, na proposição da ESF.

O primeiro capítulo corresponde ao referencial teórico desta pesquisa e aborda o trabalho médico em seu conceito mais amplo e inicia a discussão sobre a educação para a saúde no âmbito da ESF.

O segundo capítulo compreende a metodologia utilizada nesta pesquisa qualitativa que foi realizada com os profissionais médicos da ESF do TEIAS Escola Manguinhos por meio da técnica da entrevista.

O terceiro capítulo, intitulado Resultados e discussão, discorre sobre a análise realizada dos dados obtidos pelas entrevistas de forma categorizada como saberes, lugares e ações.

Por fim, é realizada a conclusão deste estudo e as proposições, onde são sugeridas intervenções de forma a contribuir para o desenvolvimento da prática da educação para a saúde na ESF. Nela pretende-se expressar a importância da função do médico como agente de inclusão para as práticas de educação para a saúde.

## **II - REFERENCIAL TEÓRICO**

Esse capítulo consiste no referencial teórico adotado nessa pesquisa. A fim de consubstanciar a relevância do processo de trabalho do médico da ESF para o exercício de sua dimensão como educador para a saúde, é apresentada uma reflexão sobre os estudos relativos

ao trabalho médico e educação para a saúde. Dispostos em 2 subcapítulos subsequentes a saber: O trabalho médico e A educação para a saúde.

O primeiro subcapítulo discorre a respeito de aspectos históricos e elementos constitutivos do trabalho médico e da medicina centrada nesse profissional.

O segundo subcapítulo discorre sobre as diferentes concepções, os aspectos históricos e a evolução teórica da educação para a saúde, bem como sua adequação a proposta da APS no contexto brasileiro.

## 2.1. O TRABALHO MÉDICO

*“... é no cotidiano do trabalho... que o profissional se descobre perplexo diante de uma realidade que lhe exige continuamente uma prática mais reflexiva... em que aprende a exercer a criatividade movido pela necessidade e desejo de dar respostas...” (TAVARES, 1998)<sup>20</sup>*

O trabalho médico, ao longo dos séculos, tem sido cercado de profundos simbolismos e de expressivo poder social e vêm desafiando inúmeras mentes que se veem diante da complexa tarefa de compreendê-lo. (SCHRAIBER, 2008)<sup>21</sup>

Historicamente a medicina gera expectativas no que concerne a tratar e cuidar das pessoas. Isto ocorre de forma, intensidade e ritmo inerentes à época desde que supra as necessidades dos doentes e ofereça serviços médicos para o conjunto da sociedade (SCHRAIBER, 2008)<sup>21</sup>.

Tais práticas, independentemente dos profissionais que as exercem, sofrem a influência da centralidade da atenção no profissional médico. O médico é o agente central nas estratégias de atenção à saúde e os conflitos verificados na sua práxis refletem desajustes ocasionados por fatores socioeconômicos externos a ela.<sup>21</sup>

As exigências de produção e de mercado que sustentam a sociedade atual contribuem para os conflitos morais vividos cotidianamente pelos médicos constituindo contradições de uma prática que se legitima socialmente como resposta para a busca de um bem-estar.

A configuração geral da prática médica é circunscrita pelo modo de vida da sociedade da qual ela faz parte. Portanto, há uma estruturação da prática médica que depende da estrutura social.

A medicina liberal destacou a ideia de medicina como ciência e arte. A partir dos anos de 1960, a própria classe médica enfatiza seu caráter de prática científica. Mas o desgaste da concepção do trabalho médico como arte não consegue suprimir a dimensão mais subjetiva de uma prática onde persiste a autonomia decisória do médico, como constituinte de seu desempenho profissional. O médico não se limita à aplicação pura e simples da ciência, mas, pelo contrário, segue envolvendo elementos subjetivos em seu julgamento clínico e em sua decisão terapêutica. Desta forma, a medicina se mostra como uma arte científica. (SCHRAIBER, 2008)<sup>21</sup>

A compreensão do modo pelo qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhes atribui significado cultural, político e econômico é indispensável, sendo esses elementos que constituem o campo da medicina, mas que são estruturados fora dela. (DONNANGELO, 1975).  
06

O corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos não têm significado igual, mas, ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer ao nível da forma pela qual é incorporado à estrutura da produção social. (DONNANGELO, 1975).<sup>06</sup>

*“A própria vida (...) é que introduz na consciência humana as categorias de saúde e de enfermidade. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas.”* (DONNANGELO, 1975).<sup>06</sup>

A moderna Medicina tecnológica representa, antes de tudo, a mediação de um conjunto enorme de novos recursos de diagnóstico, terapêutica e realização dos processos de trabalho na relação entre o médico e o objeto de seu trabalho. Um exemplo de um novo recurso tecnológico que exige concentrações financeiras compatíveis com unidades amplas de produção e promove a separação entre o trabalhador médico e seus meios de trabalho possibilitando a penetração do capital – com todos os seus corolários – é a utilização progressiva do registro eletrônico de saúde, já disseminado nas unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.

Cabe aqui notar que a medicina, como prática técnica, apresenta uma característica peculiar em relação a outras práticas: a impossibilidade de estabelecer, em todas as

circunstâncias, um limite claramente discernível entre objeto e produto, consubstanciados, no imediatismo da prática, em um mesmo espaço que é o do corpo. O corpo, como objeto da prática médica não se esgota em sua dimensão anatomo-fisiológica (DONNANGELO, 1975)<sup>06</sup>.

É no conjunto complexo de relações que mantêm com elementos externos a ele que o corpo se elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social. (DONNANGELO, 1975)<sup>06</sup>.

O médico precisa inserir em seu trabalho o espaço social na diligência de contribuir, não somente para a supressão das doenças, mas também para a promoção da saúde. E deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade com a depuração de todos os seus males. Existe uma necessidade de uma reestruturação do trabalho médico, de seus instrumentos e de seu objeto – pois se elege como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva – a realização de uma tarefa política (DONNANGELO, 1975)<sup>06</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde não conceitua o médico de família em si, mas sim suas atribuições enquanto membro de uma equipe multiprofissional e propõe que este profissional médico possa estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com a população. Ao médico de família cabe o desempenho de capacidades nas áreas biológica, psicológica, social e ambiental a ser exercido em todos os ciclos de vida associados a uma visão ampla do contexto em que está inserido (ROMANO, 2008)<sup>09</sup>.

Ora, tarefa árdua conciliar essa magnitude de conhecimentos com o fato de que atualmente, o trabalho médico encontra-se vinculado a engrenagens tanto institucionais quanto mercantis. O médico trabalha em estruturas coletivas, mesmo com a persistência da forma individualizada de se produzir serviços como é a consulta médica.

Mas este lócus, a consulta médica, persiste. E nele, ao realizar seu ofício, o médico tenta equilibrar esta gama de conhecimentos científicos com a troca de saberes. A pessoa, objeto do trabalho médico, no ato da consulta provoca uma reflexão inovadora e singular. Como diz Scrhaiber<sup>21</sup>; “E ser médico é tratar do caso de cada pessoa, para o que é importante valer-se da ciência e da experiência, criticamente”.

Na ESF, o médico tem papel fundamental, seja na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais do adoecer, como na elaboração de um projeto terapêutico para responder às

necessidades de atenção, desde prevenção até reabilitação. Além disso, tem que incorporar no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e a prevenção.

A agenda do profissional estipula como atividades semanais dos médicos o atendimento de consultas na unidade, atividades educativas de grupo, reuniões de equipe e atendimento domiciliar, compreendido como importante para a aproximação dos profissionais com a realidade do local onde vivem as famílias. Há também o registro em instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais.(VASCINCELOS, 2011)<sup>22</sup>

No estudo de Vasconcelos<sup>22</sup> foram coletadas 54 entrevistas médicas e 44 entrevistas de profissionais não médicos. A coleta dos dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2008. Neste estudo, 93% dos profissionais não médicos consideraram a função do médico essencial. No entanto, apenas 44% dos médicos entrevistados referem afinidade pelo programa e 45% não possuíam experiências anteriores em UBS tradicionais ou na ESF, levantando a necessidade de especializações e atualizações na área.

No entanto, segundo o mesmo autor, alguns avanços ocorreram. As novas diretrizes para o ensino médico, instituídas em 2001, preconizam a formação do médico generalista humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, como ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, porém, o enfoque hospitalocêntrico ainda é mantido nas faculdades. .(VASCINCELOS, 2011)<sup>22</sup>

Convém lembrar que este enfoque no hospital advém do início do século XX, quando o fundamento da atenção médica foi influenciado pela proposta de Abraham Flexner, que criou uma série de modificações nos currículos médicos, baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a medicina, como o mecanicismo, o individualismo, o biologicismo, o especialismo e a tecnificação do ato médico ( MENDES, 2007).<sup>23</sup>

O Modelo Flexneriano, como ficou mundialmente conhecido, marcou decisivamente a sistematização da assistência à saúde até os dias atuais. Marcado pela centralidade na demanda espontânea e na resolução de problemas apenas dos indivíduos que se encontram doentes, tem uma lógica curativa que encontra no hospital seu lócus fundamental.

No Brasil, as intensas transformações ocorridas na relação Estado e Sociedade Civil, apresentaram novas formas de socialização que repercutiram nas políticas sociais, entre elas, a política de saúde.

Estas modificações se adequaram a partir das propostas defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária: a universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor saúde através da estratégia do SUS com vistas a um significativo reordenamento setorial com um novo paradigma para a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo de decisão para as esferas de governo estadual e municipal; o financiamento efetivo, e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (conselhos de saúde).

O modelo de vigilância da saúde, preconizado pelo MS, atualmente em sua grande parte ainda no campo das ideias, encontra na grande demanda espontânea, na existência de salários mais elevados em outros locais, na resistência da comunidade, na dificuldade de referência e contrarreferência, dentre outros fatores, o desafio para o trabalho do médico de família e de sua equipe para se adequar a elaboração de ações promotoras da saúde.

Na APS verifica-se que a relação com os outros membros da equipe e principalmente a desvalorização do profissional da ESF por outros médicos tornam o trabalho do médico da ESF desgastante. Outro fator que corrobora esta afirmação é o achado de Pedrosa<sup>24</sup> e seus colaboradores que enfatizam que as relações da equipe com a comunidade vinculam-se à busca de consulta médica e medicamentos.

Os médicos que praticam a atenção primária necessitam primar pela adaptação às diversidades e desafios do cotidiano porque muitos problemas nunca alcançam o estágio de um diagnóstico que possa ser codificado com nomenclatura padrão de diagnóstico. Precisam sentir-se confortáveis em estabelecer e manter um relacionamento com os pacientes e em lidar com problemas para os quais não há nenhuma aberração biológica demonstrável.

Eles também devem ser capazes de manejar vários problemas de uma vez, mesmo que os problemas não estejam relacionados em etiologia ou patogênese. Além disso, no decorrer de longos períodos de tempo, os problemas dos pacientes mudam, e os especialistas que são adequados ao problema para o qual o paciente originalmente procurou atendimento podem ser desafiados além de suas habilidades e interesses quando outros tipos de problema surgem.<sup>10</sup>

Evidências empíricas sobre os benefícios de um médico de atenção primária sustentam as noções teóricas. Quanto maior a proporção de médicos generalistas em uma comunidade, menor a frequência de hospitalização.

Na realidade, o que se pretende é a medicina centrada na pessoa, identificando objetivos comuns sobre a doença e sua abordagem com o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

*“A recomposição do sentido totalizador da prática implica, portanto, antes de mais nada: o descentramento do enfoque biológico e a correspondente orientação de cada ato médico no sentido de apreender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental; a consideração do conjunto de fatores que concorrem para a emergência da enfermidade, e de sua interação, a fim de que a interferência se oriente para momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível, à necessidade do recurso a ações curativas. “ (Donnangelo)<sup>09</sup>.*

As vantagens da medicina centrada no ‘paciente’, em relação ao modelo biomédico tradicional, centrado no médico, são muitas, incluindo: Maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica, maior satisfação do médico, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado, com necessidade de menor número de exames complementares e frequência menor de encaminhamentos a especialistas, com conseqüente custo menor para o sistema de saúde e para a pessoa.<sup>22</sup>

Observa-se, portanto, que a prática médica centrada na pessoa é a imagem objetivo para a ESF. Uma prática médica com especificidade, em sua dimensão de interferência sobre um objeto em particular que, quando não efetivada em toda a sua integralidade através da relação dialógica, peca por perder seu caráter pedagógico.<sup>22</sup>

Machado apud Stern considera que o médico é um produto sócio-histórico e que a atitude científica e social que regula seu comportamento em relação a colegas, seus “pacientes” e a sociedade como um todo “ não é um desenvolvimento espontâneo ou uma invenção do próprio médico, mas esta enraizada em tradições históricas e esta basicamente condicionada pelo seu ambiente socioeconômico”. (STERN, 1959)<sup>25</sup>

## 2.2 A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

*“Educação e saúde são práticas sociais. Podemos dizer que sempre estiveram articuladas. A educação é uma prática social que existia de maneira difusa nas sociedades simples; difusa no sentido de ser assistemática, apropriada comunitariamente, reproduzindo as igualdades e preparando os indivíduos para servirem a comunidade e não a setores da comunidade. A saúde é uma prática social atravessada pela educação- os indivíduos se preparam para funções de tratar os males. A educação não ocupa um espaço próprio como a saúde. Ela permeia todas as práticas sociais durante a vida dos indivíduos, de uma geração para outra.”(MELLO, 1993).<sup>26</sup>*

A educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram:

→ Os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida;

→ Os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação;

→ A educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos.

Pode-se perceber que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e o condicionamento da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes.<sup>27</sup>

Essa prática educativa caracterizava-se por manter relações de caráter puramente narrativo.

Essa narração implicava um sujeito, o narrador, e seu objeto. O objeto era o “paciente” que assumia o papel de educando. Freire chama essa educação de bancária, pois se refere aos métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações, em que o educando é um depositário passivo de conhecimentos e não existe uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade.<sup>27</sup>

A educação em saúde apresentava um caráter individualista, autoritário e assistencialista.

Segundo Costa<sup>12</sup> a estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes menos favorecidas e apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos a sua visão do corpo, da saúde e da doença.

No âmbito da ESF encontramos lócus profícuo para o desenvolvimento de ações de educação em saúde que se modelem numa *educação para a saúde* dos indivíduos, tendo uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença.<sup>28</sup>

De acordo com Lopes<sup>29</sup> as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços são vistas como um processo de aprendizagem mútua, que envolve crenças, valores e percepções de mundo. Assim, para capacitar a população para o enfrentamento de situações que podem vulnerabilizar sua saúde, os trabalhadores devem refletir sobre as diferenças culturais e atuar na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo.

Além disso, é necessário assumir a complexidade da relação humana e reconhecer a relatividade de cada interpretação, buscando o entrelaçamento das perspectivas e contextos de diferentes sujeitos. A esta educação denominaremos *educação para a saúde*.

Para se estabelecer uma *educação para a saúde* faz-se necessário uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. A educação para a saúde é comprometida com a promoção da saúde. Nela, os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e essas construções partem necessariamente de suas vidas e da realidade em que estão inseridos.

Entretanto, o que predomina vigente é um modelo de atenção centrado no médico com resistência dos profissionais em geral as mudanças do modo de organização dos serviços de saúde. É evidente a valorização da medicina curativa e uma gestão em que os diversos atores estão pouco informados sobre os recursos e práticas oferecidos e as modificações que a introdução de uma forma substitutiva como a ESF pode contribuir para o cuidado integral.<sup>15</sup>

A **educação em saúde** tem na preposição "em" a afirmação do vínculo com os serviços de saúde. Destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações "de risco", o âmbito da **educação em saúde** é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas como lidar com o abandono do tratamento e "negociar" a prescrição médica até aquelas orientadas para a prevenção de comportamentos "de risco".

As condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão "fora" do setor Saúde.<sup>28</sup>

No setor de saúde, nos deparamos ainda nos dias atuais com a educação sanitária preventiva, que lida com "fatores de risco" comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar a vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar os exames de vista periódicos.

O repasse de informação, normalmente por meio da consulta ou em grupos de palestra, seguida ou não de perguntas e respostas, é o procedimento típico do preventivismo. Nas palavras de Leavel e Clark :

“Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social, que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.” (ROUQUAIROL, 1999)<sup>30</sup>.

O enfoque educativo predominante nos serviços de saúde é o preventivo. A associação entre padrões comportamentais e padrões de doença propicia a persuasão das pessoas adotar um estilo de vida mais saudável. Essa abordagem ocorre por meio de uma série de programas cujo conteúdo é extraído da clínica médica ou da epidemiologia .

Na APS,o trabalho das equipes de Saúde da Família é fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde.

“Modelizar é, em primeiro lugar, promover uma distinção entre estados ou formas, desde que sejam considerados diferentes.”<sup>12</sup>

Modelo de atenção à saúde ou “modelos assistenciais” podem ser definidos como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Modelo nesse sentido não se trata de um padrão, mas sim de uma razão de ser.<sup>28</sup>

A vigilância da saúde e a promoção da saúde emergem no afã de se construir um marco teórico-conceitual capaz de atualizar e reconfigurar o campo social da saúde.<sup>25</sup>

A vigilância da saúde incorpora e supera os outros modelos sociais, uma vez que implica na redefinição dos sujeitos, do objeto, dos métodos e formas de organização dos processos de trabalho.

Ao mesmo tempo que supera a dicotomia entre as práticas coletivas (vigilância sanitária e epidemiológica) e individuais (ambulatorial e hospitalar) a vigilância da saúde tem como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização de serviços e das práticas de saúde na esfera local.<sup>35</sup>

O processo de descentralização da saúde, vinculado a municipalização da saúde coloca em evidencia os profissionais da ESF. Dentre eles, o médico de família tem ao seu alcance a possibilidade de atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a autonomia dos profissionais e mediar a reinvenção dos modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais inerentes a participação popular.

A educação popular pode ser socialmente percebida como facilitadora da compreensão científica que grupos e movimentos podem e devem ter acerca de suas experiências. É um instrumento de reorientação da globalidade das práticas no setor saúde, na medida em que

dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados. <sup>31</sup>

É um projeto pedagógico que valoriza a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre os diferentes, o compromisso com aqueles de menor poder aquisitivo, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico.

A educação para a saúde pode ser equivocadamente compreendida como um modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las. (MERHY, 2011)<sup>7</sup>

A educação popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos. Esses saberes, construídos pelas pessoas a medida em que elas vão seguindo seus caminhos de vida são fundamentais para que consigam superar em diversas ocasiões situações de diversidade. (MERHY, 2011)<sup>7</sup>

A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. Desta forma, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o saber científico, em que ambos se desenvolvam. (MERHY, 2011)<sup>7</sup>

A educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas. (MERHY, 2011)<sup>7</sup>

A ESF constitui-se como locus ideal para a prática da educação popular em saúde uma vez que possibilita um processo de trabalho mobilizador de redes sociais, envolvendo setores governamentais, não governamentais e sociedade para o enfrentamento da exclusão social e promoção da qualidade de vida e da cidadania. Para assunção de tal prática, o educador de saúde pública deve ter conhecimentos sólidos sobre o processo de aprendizagem e motivação, sobre a estrutura cultural e social da comunidade, seus problemas e recursos. (FAVORETO, 2009).<sup>32</sup>

As habilidades especiais do educador de saúde pública concentram-se na metodologia da educação, dinâmica de grupo, relações humanas e processo de comunicação. Ele necessita ter

capacidade para perceber os aspectos educativos de uma situação em termos do que os indivíduos sabem, acreditam, sentem e fazem, assim como em termos do que eles precisam saber e fazer, planejando conjuntamente com esses mesmos indivíduos inseridos em seu contexto, a ação que viabiliza uma transformação cidadã.

Neste sentido, a proximidade do território é fundamental, o que ocorre na APS e, na ESF. Nesses, a presença do agente comunitário de saúde (ACS) que pertence ao mesmo território evidencia os problemas, as necessidades de saúde e a cultura da população local, bem como as dificuldades para enfrentá-los.

Quando realizamos uma atividade educativa, inicialmente temos de pensá-la dentro do contexto da realidade na qual estamos trabalhando, ou seja, a realidade da população e da unidade de saúde correspondente.

As atividades educativas têm que estar intimamente ligadas as prioridades discutidas entre os profissionais e a população. Assim, tem de haver uma unidade das atividades educativas com o restante das atividades da equipe e não transformar a educação em saúde (entendida muitas vezes como somente trabalho em grupo) em mais uma coisa para fazer, passando a entendê-la como um aspecto indissociável das atividades do profissional de saúde.

As ações de educação para a saúde do médico da ESF, assim como todas as suas outras atribuições, devem ser planejadas. Uma política de governo implantada no SUS para modificar as práticas de saúde e trazer transformações na formação dos profissionais é a educação permanente.

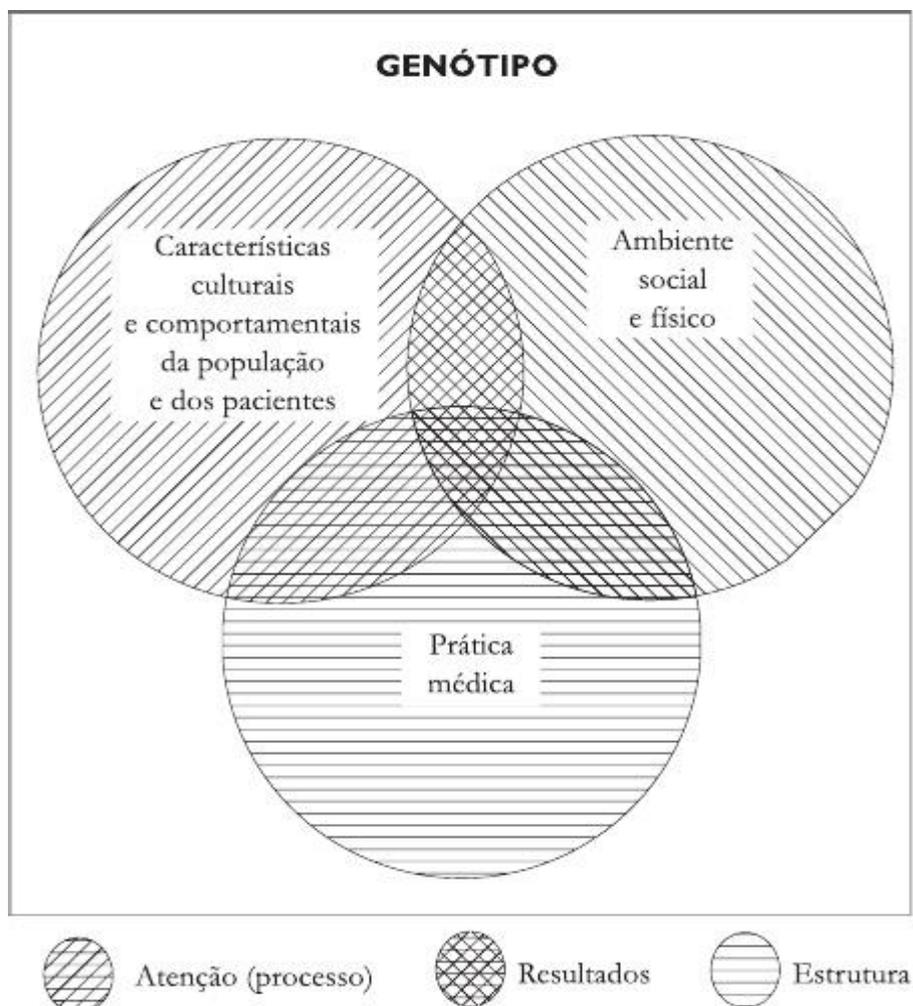
A Educação Permanente pode então ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e organizações. Ela é feita a partir dos problemas encontrados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.

A portaria 198/Gm/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de educação permanente em saúde: Dispositivo do SUS para a gestão locorregional da formação e do desenvolvimento em saúde considerando as especificidades regionais, a, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada (CECCIM, 2005)<sup>33</sup>.

Notar que a saúde de um indivíduo ou uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos

culturais ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.<sup>9</sup> Podemos visualizar bem estas características olhando a figura abaixo:

Figura 02: Fatores determinantes da saúde populacional



Fonte: Starfield 1973<sup>11</sup>

Reparando na figura anterior (figura 02) observamos que ao invés da referência ao profissional de saúde, persiste como termo designado para natureza da atenção à saúde a prática médica. Como observado, os resultados dos processos de saúde formam-se num serviço onde a prática é contextualizada.

*O trabalho médico se insere numa estrutura organizacional de grande complexidade e que exige por natureza que outros profissionais – de níveis de complexidade diferenciada - trabalhem em cooperação com sua atividade principal. Frequentemente, os serviços de saúde funcionam tendo o médico como centro das atividades. (MACHADO, 1997)<sup>13</sup>*

A centralidade médica pode ser utilizada para respaldar a efetiva interdisciplinaridade de ações na APS. O profissional médico da ESF encontra circunstâncias propícias para uma atuação como facilitador da progressão das ações de educação para a saúde.

A longitudinalidade, a coordenação do cuidado e o vínculo, são princípios da APS que oportunizam a força da relação dos profissionais da ESF, dentre eles o profissional médico, com as pessoas de maneira a conduzi-las a reflexão para que se tenha como referência no setor saúde todo e qualquer profissional que esteja imbuído em educar para a saúde.

Para isso, é necessária a desconstrução da hegemonia do modelo assistencial biomédico lenta e gradual, advindo do conhecimento construído por intermédio do saber popular, encorajado pela arte de educar problematizadora que contextualize as ações sem utilizar um cardápio pronto de atividades individuais e coletivas.

O serviço de saúde requer que as determinações das atividades de educação para saúde tenham cooperação das pessoas. Uma troca constante de saberes e co-responsabilidades, num processo onde se constrói e reconstrói a cada atividade, avaliada, estudada e planejada. A equipe unida e comprometida, do tipo integrada, tem o potencial para inspirar as atividades de educação para a saúde e promoção da saúde, a partir do momento em que elabora suas competências numa lógica problematizadora.

Uma educação para a saúde que viabilize a promoção da saúde, que concretize a busca da cidadania e do bem estar comum é o que se pretende alcançar na medida em que haja incentivo as práticas de empoderamento das pessoas.

Nas palavras de Stotz<sup>34</sup>: “A educação popular é questão exclusiva do nível de atenção primária”.

Permite-se então o ensejo de tornar essa assertiva em realidade, a partir da condução do trabalho médico como mobilizador da educação para a saúde. Utilizemos as ferramentas que nos apresentam. Propõe-se que a centralidade no médico seja deflagradora dos processos de transformação da hegemonia do modelo de atenção à saúde.

A figura nº 03, a seguir, mostra os aspectos históricos da educação para a saúde no Brasil. Convém observar que neste trabalho o que se denomina como educação para a saúde é designado como perspectivas atuais referidas.

FIGURA N°03: Aspectos históricos e concepções de educação em saúde no Brasil.

Aspectos históricos e concepções de educação na área da saúde

<p>Educação Sanitária  (intervenção e prescrição)</p>	<p>Educação para a Saúde  (orientação)</p>	<p>Educação em Saúde  (participação)</p>	<p>Perspectivas atuais  (interação)</p>
<p>Início do século XX  Regras e normas para um “viver higiênico”.</p>	<p>Meados do século XX  Regras para o bem estar físico, mental e social-considera que a maior parte das pessoas não tem informações sobre saúde ou possui déficit cognitivo.</p>	<p>Final do século XX- a partir dos anos 1970  Participação e contextualização social – Reforma Sanitária e Paulo Freire.</p>	<p>Final do século XX e início do século XXI  Interação de saberes – visão multidimensional dos sujeitos-como seres complexos, autonomia de decisão a partir da participação popular.</p>

Fonte: Educação em Saúde, teoria, método e imaginação<sup>35</sup>, página 23.

Ao tentar resgatar a denominação educação para a saúde não preconizamos a denotação de mero caráter informativo e prescritivo, mas sim a denotação de uma forma dialógica, problematizadora, interativa e contextualizada de educar no âmbito da saúde.

A fim de empreender a concretização do médico da ESF como agente de inclusão nas práticas de educação para saúde, o pesquisador deste trabalho resgatou de sua dissertação sobre o papel do médico da ESF em sua dimensão como educador, o modelo conceitual observado na figura nº 04, confeccionado a partir da reflexão sobre os fatores que influenciam o papel do médico como educador para a saúde. Concluiu-se que, por ter em 60% do seu processo de trabalho destinado a atividade de consultada médica individual, torna-se imprescindível que o médico utilize esse locus para o desenvolvimento de uma interface com as ações de educação para a saúde e promoção da saúde. Essa interface se dá mediante uma relação dialógica, de acordo com a perspectiva freiriana, entre o médico e a pessoa.

FIGURA Nº 04: Modelo conceitual dos fatores que influenciam a atuação do médico da ESF como educador para a saúde.



Fonte: Elaboração própria.

### III. METODOLOGIA

#### 3.1 Caracterização do estudo

Os aspectos culturais e sociais vêm sendo vistos progressivamente como mais relevantes para o esclarecimento e a intervenção em fenômenos no campo da saúde. (SCHRAIBER, 2008)<sup>21</sup>

Portanto, utilizou-se uma abordagem com intuito de se aproximar da realidade observada. (SCHRAIBER, 2008)<sup>21</sup> Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Esta tem como característica sua adequação ao estudo das significações e intencionalidades, por ser capaz de incorporar significados e intenções aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Para Schraiber<sup>21</sup>, a pesquisa qualitativa se presta ao estudo dos sujeitos sociais e da dimensão subjetiva do real, sendo oportuna à apreensão do pensamento médico. Esta dar-se-á pela construção correta de dados que ajudem a refletir sobre a dinâmica da teoria.

Esta pesquisa qualitativa tornou-se viável, na medida em que, de acordo com Mynaio:<sup>36</sup> É possível traçar uniformidades e encontrar regularidades no comportamento humano e regularidades predizíveis existem em qualquer fenômeno humano-cultural e podem ser estudadas sem levar em conta apenas motivações individuais.

### 3.2. Cenário e universo de estudo

Atualmente, o município do Rio de Janeiro possui 71 unidades de Saúde da Família, cuja ampliação é significativa, uma vez que passou de 3,5% em janeiro de 2009 para 41% em maio de 2013. Observar que a cobertura é importante para caracterizar a institucionalização da ESF porque altas taxas tendem a afetar de forma mais profunda a organização do sistema municipal e aumentar a base social de apoio a ESF( MACHADO, 2008)<sup>28</sup>.

Em virtude a esta ampliação da ESF no município do Rio de Janeiro, forma-se uma demanda por profissionais de saúde que tenham como agenda cotidiana a integralidade de suas práticas.

Neste trabalho, o *locus* de estudo foi o Território Integrado de Atenção à saúde em Manguinhos. Este tem como fundamentação a compreensão do território como espaço dinâmico de aprendizagem, de pesquisa, de intervenção, de monitoramento e de avaliação das ações intersetoriais articuladas na gestão dos cuidados individuais, familiares e coletivos, possibilitando conhecimento e intervenção em seu meio. (CARVALHO, 2012)<sup>27</sup>

O Território de Manguinhos tem como limites territoriais os bairros de Benfica, Bonsucesso, Caju, Higienópolis, Jacaré, Jacarezinho, e Maré. Apresenta uma população média, de acordo com o último censo do IBGE, de 36.000 habitantes.<sup>37</sup>

Ao se olhar para Manguinhos, e outros tantos territórios na cidade do Rio de Janeiro, percebe-se a profunda desigualdade na distribuição da riqueza e nas condições de vida

destinadas às populações colocadas à margem do sistema produtivo. (CARVALHO, 2012)<sup>27</sup> Estas desigualdades persistem também dentro de um mesmo território complexo como o de Manguinhos onde há existência de diferentes comunidades com histórias próprias e características peculiares.

A APS no Território de Manguinhos existe desde 1966, quando o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias CSEGSF, da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ foi fundado, desenvolvendo suas atividades em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação da Área Programática 3.1 (CAP 3.1).<sup>38</sup>

Com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)<sup>4</sup> em 2009, o CSEGSF deixa de ser a única unidade de APS existente no território e é construída a Unidade de Pronto Atendimento - UPA Manguinhos, inaugurada em maio de 2009.<sup>39</sup>

Em janeiro de 2010, a ENSP passa a ser responsável pela operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde da família no âmbito do TEIAS Manguinhos, no convênio entre a Organização Social Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC da FIOCRUZ e a Secretária Municipal de Saúde – SMS.

Neste mesmo período, com o PAC, observou-se uma grande mudança no território no que concerne aos espaços de cultura, lazer e esportes, uma vez que são inaugurados vários equipamentos sociais em conjunto com uma maior possibilidade de deslocamento no território que passa a ter uma Unidade de Polícia Pacificadora. Tais mudanças favorecem indubitavelmente as atividades de educação para a saúde e promoção para a saúde no território de Manguinhos.

A estimativa populacional do Complexo Manguinhos chega a 31.535 pessoas e cerca de 58% dos domicílios do Complexo Manguinhos obtêm seu abastecimento de água por meio de rede não oficial, enquanto apenas 25% possuem abastecimento oficial com ligação interna; 92% dos domicílios têm banheiros, dos quais 68% estão conectados à rede geral de esgoto.<sup>27</sup>

Por sua vez, a renda média domiciliar é de R\$ 638,48 por domicílio. Quase 50 % da população do Complexo possuem Ensino Fundamental e 20%, o Ensino Médio; 5,4% não possuem nenhum grau de ensino e 2,4% declaram não saber ler nem escrever.<sup>27</sup>

---

<sup>4</sup> É um plano do governo federal que visa estimular o crescimento da economia brasileira, através do investimento em obras de infraestrutura (portos, rodovias, aeroportos, redes de esgoto, geração de energia, hidrovias, ferrovias, etc).

Há cerca de trinta e sete mil indivíduos residentes e cadastrados, porém estima-se que 5% dos domicílios do território não foram cadastrados ou em razão da recusa dos moradores, ou por estarem os domicílios fechados ou desocupados.<sup>27</sup>

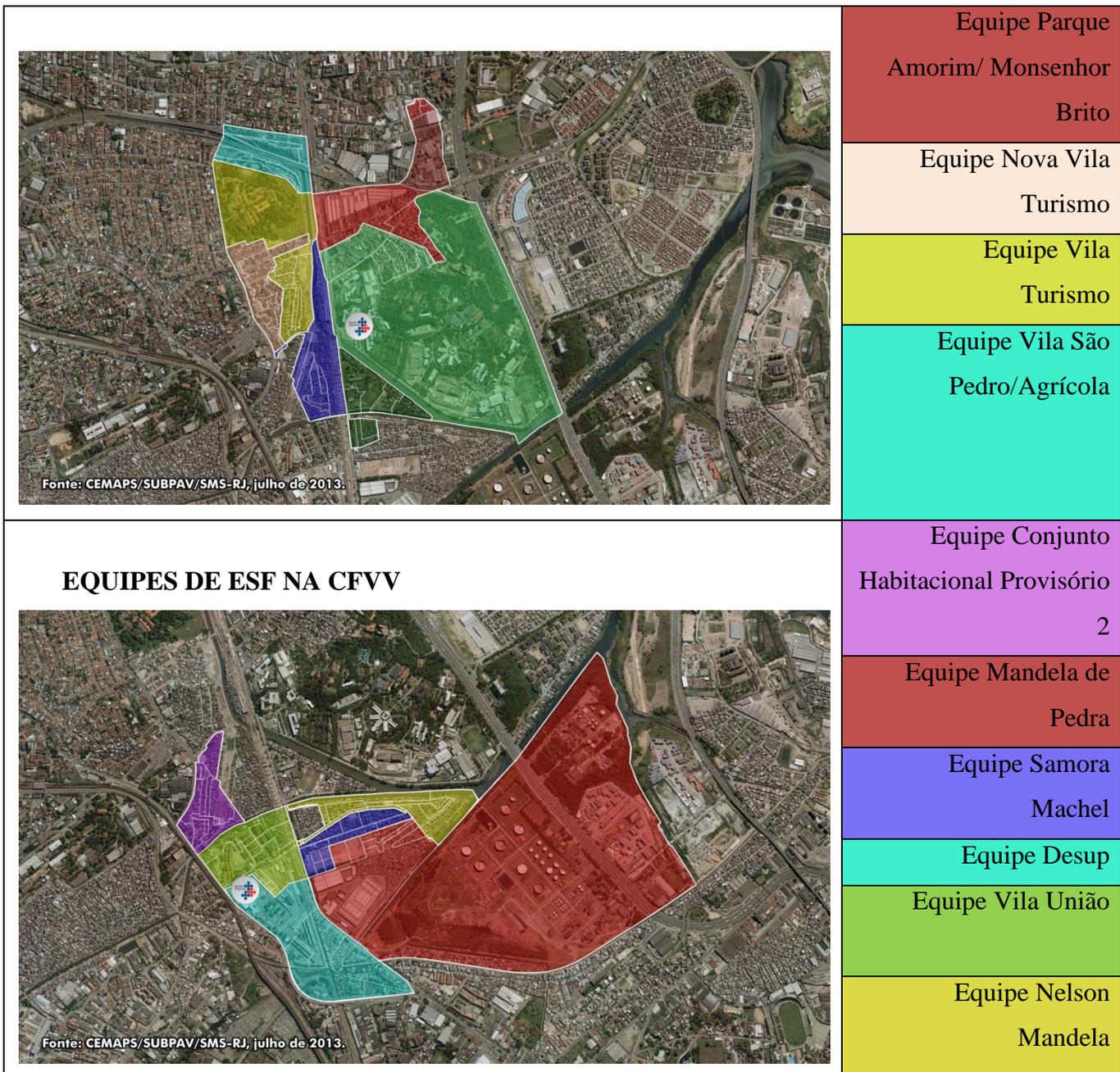
Uma vez que é no espaço dos serviços de saúde, onde atuam e participam diversos atores sociais que se geram diferentes percepções sobre o contexto de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas quanto grupos específicos, coletividades e instituições, a ESF, tem com sua cobertura de 100% do Complexo Manguinhos a oportunidade de transformar a realidade acima exposta.<sup>28</sup>

Convém lembrar que para a Fundação Oswaldo Cruz, implementar o Teias-Escola Manguinhos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro impõe a responsabilidade de participar diretamente na gestão de saúde de um território dentro do Município do Rio da Janeiro.<sup>27</sup>

Desta forma, em meio a expansão da cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, em abril de 2010 é inaugurada a Clínica da Família Victor Valla, dentro do Território de Manguinhos que passa a ter de 8 para 13 equipes de ESF (FIGURA nº 05). Convém observar que na CFVV também existe uma equipe de APS diferenciada que atende aos moradores de rua.

Figura 05: Distribuição das equipes de ESF nos serviços de saúde do território de manguinhos.

<b>EQUIPES DE ESF NO CSEGSF</b>	Equipe Parque Jão Goulart
	Equipe Parque Oswaldo Cruz
	Equipe Parque Carlos Chagas



Fonte: Cadernos de estatísticas e mapas da atenção primária em saúde do Município do Rio de Janeiro, julho de 2013.

O Teias-Escola Manguinhos têm o objetivo de formar pessoas próximas da sua realidade territorial, de modo a produzir um campo de prática e, com isto possibilitar, que a academia encontre espaço para produzir e para fazer inovações na gestão que permitam mudar coletivamente problemas já identificados do Sistema de Saúde.<sup>27</sup>

O campo de prática deste estudo foi o Teias- Escola Manguinhos, onde a narrativa do profissional médico - objeto de estudo na sua dimensão como educador para a saúde - foi analisada por meio da utilização da técnica da entrevista.

Desta forma, o Teias-Escola Manguinhos, que por sua proximidade com a ENSP e a FIOCRUZ talvez seja um dos territórios mais estudados em teses e dissertações despertou a realização desta pesquisa cujos fatores que corroboraram para sua escolha foram:

- 1) O pesquisador pertence a este território e objetiva uma melhor compreensão para melhor exercício de sua atividade como médico da ESF;
- 2) O caráter inovador do Teias para a proposição de mudança de modelo de atenção à saúde;
- 3) Limitação de tempo para o estudo de outros Teias;
- 4) Poucos estudos sobre a atuação dos profissionais em Territórios Integrados de Atenção à Saúde.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da ENSP, e encontra-se na Plataforma Brasil sob nº do CAAE 15786413.2.0000.5240 (ANEXO N°5).

### 3.3. Técnica de pesquisa

A técnica de pesquisa utilizada neste estudo foi a entrevista semiestruturada. Esta, foi realizada com os profissionais médicos pertencentes à ESF do TEIAS Escola Manguinhos.

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, e possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.<sup>36</sup>

Permite assim, a possibilidade de inclusões progressivas, a partir das descobertas do campo até que haja a reincidência das informações, sem entretanto haver desprezo de informações singulares. Na entrevista semiestruturada não existem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador

Portanto, foi utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e fechadas referentes às participações nas atividades de educação para a saúde, suas percepções sobre

educação para a saúde no âmbito da ESF, suas impressões sobre o trabalho em equipe e a atuação do profissional médico nesses processos.

### 3.3.1 Entrevistas

Das 13 equipes de ESF do TEIAS Escola Manguinhos, 4 são compostas por médicos residentes, estas são supervisionadas por médicos preceptores na escala de 4 para 1 e estão localizadas na CFVV. As 9 equipes restantes apresentam médico de família com contrato de trabalho de 40h semanais. Convém observar que a pesquisadora é médica de família de 1 destas 9 equipes, sendo, por razões óbvias, sua equipe excluída do estudo.

As entrevistas foram agendadas previamente com os médicos da ESF e se deram no local de trabalho dos mesmos, em ambiente que permitisse o menor número de interrupções possível. As entrevistas foram todas gravadas e transcritas pelo próprio pesquisador.

Foram analisadas apenas entrevistas realizadas com médicos de família que não estivessem em processo de formação. O total das entrevistas analisadas perfazem o número de 7, uma vez que, a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade<sup>36</sup>.

O instrumento utilizado nas entrevistas foi um roteiro semiestruturado que se encontra no ANEXO Nº 03

### 3.4 . Análise de dados

Utilizou-se uma análise de conteúdo clássica, com quadro categorial, privilegiando a repetição de frequência dos temas, com todas as entrevistas juntas. Este análise foi complementada por um processo de decifração estrutural centrado em cada entrevista, afinal, cada entrevista se constrói segundo uma lógica específica cuja estrutura e dinâmica pessoal característica de cada entrevistado traduz sua linha de raciocínio. (BARDIN, 2012)<sup>40</sup> A priori foram elencadas 11 categorias de análise: Educação para a saúde, promoção da saúde, trabalho em equipe, vínculo com a comunidade, sobrecarga, desgaste, políticas públicas de saúde, participação popular, formação profissional, medicina médico centrada, ações de saúde.

### 3.5. Considerações éticas

O Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>41</sup>, por meio da resolução nº196/96, regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos por meio dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerando os referenciais básicos da bioética, este estudo busca primordialmente garantir o respeito ao sujeito da pesquisa, minimizando possíveis danos que possam ser causados à sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

## **IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### 4.1. Perfil dos entrevistados

Entre os médicos entrevistados a faixa etária encontrada foi dos 27 aos 45 anos. O que é compatível com o estudo de Machado<sup>13</sup> que afirma que a medicina no Brasil é majoritariamente exercida por profissionais jovens, com menos de 45 anos de idade.

Com relação ao número de anos de formação dos profissionais médicos entrevistados (de 3 a 22 anos), este também situa-se de acordo com o perfil encontrado em outras unidades do Brasil.<sup>13</sup>

Neste estudo, o tempo de continuidade do profissional médico na ESF varia entre 2 a 13 anos e o tempo de permanência na ESF no serviço atual varia de 1 mês a 5 anos. A alta rotatividade dos profissionais médicos na ESF também é fato que ocorre no TEIAS Escola Manguinhos.

De acordo com Gonçalves<sup>42</sup>, as condições desfavoráveis de trabalho, a questão salarial, o limitado reconhecimento do médico por parte da população e de outros médicos tem uma influência negativa para a permanência dos médicos na ESF, gerando grande rotatividade destes profissionais e dificultando um vínculo adequado e duradouro com a população.

O que se observa neste estudo, e que é compatível com o panorama geral no Brasil, é que existe uma dificuldade de contratação do profissional médico na ESF e a manutenção e dedicação do mesmo.<sup>22</sup> Por exemplo: Uma das equipes contempladas no estudo vivenciou, nos últimos 2 anos, a rotatividade de 3 profissionais médicos encontrando-se atualmente há mais de 3 meses sem este profissional.

A ESF trabalha prioritariamente com profissionais com turno de trabalho de 40 horas semanais. O que é visto neste estudo é que 100% dos médicos entrevistados possuem esta carga horária. Portanto, uma vez que estes profissionais médicos se deparam com a alta complexidade característica da APS associada a um número cada vez maior de atribuições inferidas a ESF, a permanência como médico da ESF confere uma escolha que propende um único vínculo empregatício.

O levantamento do perfil dos médicos no Brasil dos anos 2000 revela que 72% dos médicos têm pelo menos um vínculo público, 59,5% vínculo empregatício com o setor privado, e 76% mantêm atividade de consultório. Os dados demonstram que 50% dos médicos tem 3 ou 4 atividades profissionais, e 17% mantêm apenas 1 vínculo. Na verdade, vê-se a perda da autonomia da profissão (redução da prática autônoma e assalariamento progressivo<sup>13</sup>).

Gráfico 01: Médicos entrevistados e seus vínculos empregatícios

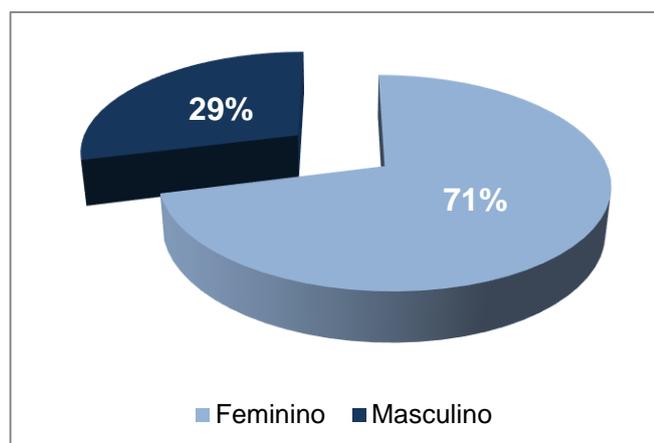


Fonte: Elaboração própria, a partir de análise dos dados dos entrevistados.

Em Curitiba, cidade pioneira na implantação de uma Unidade de Medicina de Família e Comunidade (US Pompéia em 1991), 90% dos médicos que atuam na ESF foram admitidos por concurso público e regime estatutário, o que caracteriza resultado oposto ao da situação de precarização predominante no trabalho em Saúde da Família no Brasil.<sup>22</sup>

A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho também inclui o setor da saúde, onde verifica-se uma transição de gênero. Este processo de feminilização da profissão médica tem provocado alterações importantes na estrutura e na composição do mercado de serviços médicos em geral. Como pode-se ver a seguir, o que encontramos no TEIAS Manguinhos é compatível com o esperado.

Gráfico 02: Distribuição por gênero dos médicos entrevistados.



Fonte: Elaboração própria, a partir de análise dos dados dos entrevistados

Segundo Machado<sup>17</sup>, a participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas. O setor saúde abriga um contingente expressivo de mulheres representando hoje mais de 70% de toda força de trabalho em saúde. Em algumas profissões, este processo de feminilização é mais recente e de forte impacto, como os médicos, como podemos observar no quadro abaixo:

Quadro 02: Evolução do número de mulheres médicas no Brasil.

PERÍODO	PERCENTUAL DE MULHERES MÉDICAS NO BRASIL
DÉCADA DE 1970	11%
DÉCADA DE 1980	22%
DÉCADA DE 1990	33%
ESTIMATIVA PARA 2020	50%

Fonte: Adaptado de Machado, 2010.

Os cursos de especialização e residência médica na área da medicina de família, como dito anteriormente, tem uma história recente. Assim como a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro que para incentivar o ingresso de mais e qualificados profissionais instituiu o programa de residência médica nas clínicas de saúde da família que caracteriza a reforma na APS no RJ. Sua distribuição no município pode ser visualizada abaixo:

Figura 06: Distribuição da residência médica em saúde da Família e Comunidade no Município do Rio de Janeiro.



Fonte: [www.rmfcrio.org](http://www.rmfcrio.org)

Segundo Romano<sup>09</sup>, a especialização em Medicina de Família e Comunidade pode responder a uma demanda que envolve a complexidade de competências necessárias para a construção desse profissional.

No TEIAS Escola Manguinhos, encontramos profissionais médicos em sua grande maioria com formação específica para a APS, o que é pertinente visto que se trata de um território que prima não somente pela atenção a saúde e ensino, mas também pela pesquisa uma vez que esta vinculado a ENSP/FIOCRUZ.

Gráfico 03: Médicos entrevistados com formação específica para trabalhar na ESF.



Fonte: Elaboração própria, a partir de análise dos dados dos entrevistados

Podemos equiparar estes dados com os do município de Curitiba , onde 82% dos médicos de família apresentam especialização na área, ao passo que no Brasil esse valor é de apenas 39,5 %.

Os médicos de família no empenho de abarcar a amplitude característica da APS que se revela a cada dia também trazem conhecimentos prévios de outras áreas de formação ou mesmo durante seu percurso na ESF enveredam por outros caminhos que supram suas necessidades intelectuais na busca da melhor prática de uma clínica ampliada. O que podemos observar a seguir:

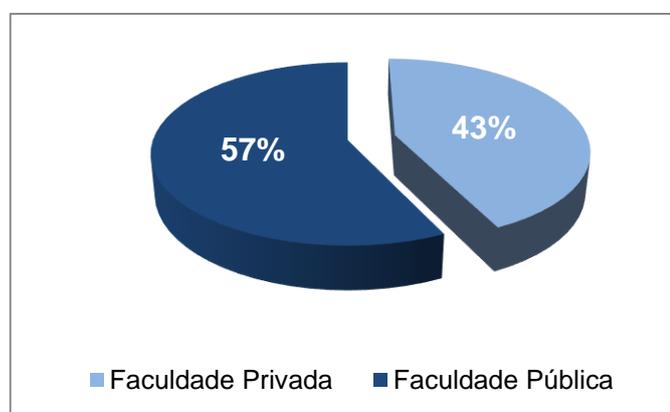
Gráfico 04: Outras especialidades dos médicos entrevistados.



Fonte: Elaboração própria, a partir de análise dos dados dos entrevistados

Com relação à instituição formadora, na ESF do TEIAS Escola Manguinhos, há uma discreta predominância do número de graduandos advindos de universidades públicas com relação aqueles das universidades privadas. Estes dados corroboram o estudo nacional de Machado de 2000.

Gráfico 05: Distribuição da formação publico/privados dos médicos entrevistados.



Fonte: Elaboração própria, a partir de análise dos dados dos entrevistados

Para que se possa aspirar à obtenção da significação profunda da fala dos entrevistados e incorrer num sentido consistente que transpareça as narrativas no texto, emprega-se nesta pesquisa qualitativa a Análise de conteúdo.

A análise de conteúdo, realizada com os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas dos médicos da ESF do TEIAS Escola Manguinhos será delineada a partir da frequência de aparecimento no discurso. Os dados foram agrupados por conformidade da seguinte maneira:

Educação para a saúde.

Processo de trabalho.

Medicina médico centrada.

Medicalização.

Participação popular e vínculo com a comunidade

### **Educação para a saúde**

Na APS há dois tipos de percepção dos profissionais sobre a saúde: Um, o conceito ampliado – com reflexão crítica, destacando a importância dos determinantes sociais, outro, que considera o indivíduo – de forma holística, inserido e contemplado nas suas necessidades básicas. Isto é reconhecidamente limitado quanto à prática, ou seja, apesar da concepção holística, esta não se encontra contextualizada.<sup>36</sup>

Nos médicos da ESF do TEIAS Escola Manguinhos podemos perceber claramente a compreensão ampliada da saúde. O que pode ser constatado na fala do médico 5: “...na minha opinião a nossa tarefa principal é atuar nos determinantes sociais de saúde e oferecer boa assistência também, é claro...” (médico 5)

Entretanto, nesses profissionais, ainda não se evidenciou o entendimento de que para operacionalizar o conceito ampliado de saúde é necessário a articulação de políticas públicas intersetoriais como estruturantes das ações de saúde. A fala que segue expressa a percepção de outras abordagens para as ações de educação para a saúde, sem menção à mediação intersetorial:

“... o grupo em si e a experiência que eu tenho, que eu trouxe, de você deixar o paciente falar, dar espaço, usar a teoria da problematização, dar um monte de revistas para que eles montem cartazes, para que a gente conheça como eles encaram a doença e a saúde, isso agente não tem espaço para colocar em prática...” (médico 7)

A questão, é: Não se tem ou não se criam espaços? Esses espaços são permitidos? Esses espaços são possíveis? Dá-se o equivalente valor as ações de educação para a saúde ou sem perceber reitera-se prioritariamente as práticas que transparecem os conhecimentos adquiridos na graduação em medicina?

Observa-se que os conceitos referentes à educação para a saúde dos profissionais médicos entrevistados são dissonantes da maior parte de suas práticas. As práticas percebidas nas falas dos profissionais médicos da ESF do TEIAS Escola Manguinhos são compatíveis ainda com os conceitos de educação em saúde. (figura 04)

*“Faz um grupo grande pra entregar resultado de exame, daí discute umas questões mais de mudança de estilo de vida, bem focada para estilo de vida...” (médico 2)*

*“No campo prático ainda esta muito focado... ainda focado no grupo de hipertensos, que é o que mais acontece, grupos de gestantes, grupo de tabagismo, muitos grupos de doenças, grupos que na verdade muitas vezes não atendem demandas de educação em saúde, atendem demandas da própria assistência...” (médico 5)*

Gazzinelli<sup>35</sup>apud Laplantine, considera a existência obrigatória de um agente externo causador da doença como um inimigo. “É o cigarro que causa o câncer, o açúcar, o diabetes, o sal a hipertensão, as gorduras a dislipidemia e a doença coronariana, o sedentarismo a obesidade.

Para o autor, esses fatores não são colocados em relação a outros causadores da doença, mas como agentes diretamente responsáveis, que encontram nos médicos e nos outros profissionais de saúde, aliados preciosos que lhes fornecem argumentos e legitimam tal postura.” Este “modelo exógeno do adoecimento” é uma herança do modelo cartesiano que persiste ainda nas práticas educativas de saúde, inclusive no Teias Escola Manguinhos.

Com o propósito de melhor compreender, nesta pesquisa, os conceitos e ações referentes à educação para a saúde dos profissionais médicos do Teias Escola Manguinhos organizou-se o discurso obtidos nas falas dos médicos entrevistados da seguinte forma:

- a) Nos médicos entrevistados, a educação para a saúde aparece como prática de grupos ou como prática individual ou como prática familiar.

*“Individual e familiar. Individual dentro da consulta...” (médico6).*

*“... Já fizemos atividades de educação também na academia carioca, que a gente tem aqui do lado. Era mais assim mais prevenção, era sobre osteoporose, na verdade, o foco era esse, eles que pediram... mais focado...” (médico 2)*

Em conformidade com a literatura, a prática educativa para a saúde no TEIAS Escola Manguinhos é realizada em todos os lugares. Como refere Gazzinelli <sup>35</sup>, a prática educativa pode

ser exercida em qualquer espaço social, uma vez que os horizontes da saúde são muito mais amplos que os da doença.

- b) Os médicos da ESF do Teias Manguinhos preocupam-se com a condução da educação permanente no âmbito de suas equipes.

*“... os médicos tem um papel muito forte no espaço de educação permanente para estimular a educação em saúde até porque as pessoas ainda tem muita dificuldade para entender qual é o nosso papel na educação em saúde...” (médico 5).*

*“... a gente foi discutir o caso de violência doméstica ou violência à criança ou adolescente, ou ao idoso, alguma coisa assim.... eu trouxe o Estatuto da Criança e Adolescente, discuti um pouco com eles(os outros membros da equipe) algumas coisas, aspectos até jurídicos, psicológicos, ...e foi muito interessante, foi enriquecedora a discussão.”(médico 1)*

Na educação permanente, o trabalho é destacado como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação. O processo de trabalho é gerador e configurador de processos educacionais no serviço e tem como características: ser multiprofissional; ter prática institucionalizada; ter foco nos problemas de saúde; ser transformadora das práticas; ser contínua; estar centrada na resolução de problemas.

A problematização é a reflexão dos atores do processo de trabalho sobre situações/problemas a fim de compreender e propor soluções para as dificuldades encontradas<sup>24</sup>

- c) A medicina centrada no médico é fato percebido em todas as equipes:

*“...existe ainda o poder médico que é muuuito forte, eu ainda acho que as clínicas da família ainda reforçam muito a questão do poder médico, da centralidade do trabalho médico, éee, da centralidade da produção de procedimentos, de consultas...” (médico 5)*

*“Eles perguntam se tem ortopedista, se tem um neurologista aqui dentro... então é uma coisa muito centrada no hospital, na especialidade, e... Porque aqui era, ainda é um Centro de Saúde.” (médico 6)*

Minimizar esta centralidade na prática médica constitui o verdadeiro desafio ao qual esta pesquisa pretende colaborar. Para tal, a função do agente comunitário de saúde é essencial.

De acordo com Mialhe<sup>43</sup> o ACS assume uma posição contraditória e singular uma vez que é ao mesmo tempo membro da comunidade-alvo, sendo assim também um usuário do serviço, e integrante da equipe de ESF.

Segundo Lopes<sup>29</sup>, deve-se potencializar o trabalho do ACS valorizando sua real aproximação com a população adstrita para que se busque ações intersetoriais viabilizando a ampliação das redes sociais de suporte da população. Portanto, o envolvimento com a comunidade e a sensibilização/capacitação do ACS é essencial a práticas de educação para a saúde.

- d) Os profissionais médicos no Teias Escola Manguinhos, em conjunto com sua equipe, planejam as ações de educação para a saúde.

*“... você tem que ficar em cima, você tem que planejar... você, não precisa ser o médico, porque tem que ser o médico?! Me parece que tem que ser o médico! (médico 2).”*

Neste planejamento das ações de saúde, o médico da ESF parece ter uma importante incumbência, uma vez que a realidade expressa no saber popular é que ainda mantém como base teórica a hegemonia do enfoque biomédico nas atividades de educação para a saúde: *“... se você bota que é consulta vem todo mundo, se você bota que é grupo, nem todo mundo, então se você faz na igreja, ahh é grupo, eu não vou, se você faz na unidade de saúde... ahhh talvez seja consulta mesmo, então a pessoa termina indo...” (médico 4).*

Pavoni refere que a Coordenação da equipe e o planejamento das atividades devem ser feitos pelos profissionais de nível superior.

Na verdade, no cotidiano dos processos de trabalho em equipe, todos os saberes são importantes para que haja uma construção compartilhada das ações de saúde da equipe da ESF.

Outra questão importante refere-se ao planejamento das ações da equipe. Como parte deste planejamento, existem equipes que elaboram materiais didáticos, como podemos observar na figura 05.

*“... agente começou a fazer umas cartilhas de educação que é uma coisa que facilita...” (médico 4).*

A figura seguinte (figura 07) ilustra o tipo de material utilizado por uma das equipes da ESF de Manguinhos. Trata-se de uma atividade coletiva de promoção da saúde que é realizada periodicamente em parceria com a fisioterapeuta do NASF da unidade. Estes encontros são mensais e acontecem no território.

Nota-se que o material utilizado, que foi elaborado pela equipe, reproduz ainda aspectos normativos e prescritivos mais que são aplicados numa lógica participativa característicos da

educação em saúde. O fato de essa atividade ser executada fora da UBS implica numa maior participação das pessoas.

O que se percebe, é que o como fazer educação para a saúde numa lógica integrativa e problematizadora constitui-se ainda um grande desafio.

Todavia, a capacitação e a educação permanente para a realização de atividades coletivas de educação para a saúde e promoção da saúde numa lógica problematizadora é uma preocupação que se verifica nos profissionais médicos do TEIAS Escola Manguinhos: *“dois momentos muito bacanas que um foi uma dinâmica... com o teatro do oprimido, que não deixa de ser uma forma de você estar aprendendo uma técnica de estar discutindo as coisas com a comunidade e. um grupo que trabalha mais com as questões de sustentabilidade...”* (médico 4).

Figura nº 07: Material elaborado por uma das equipes da ESF do CSE Manguinhos.

# Certo ou Errado?



CSE Manguinhos – 2013

Fonte: Material cedido pela equipe.

## Medicalização

O método clínico com base em modelo biomédico trouxe grandes avanços para a ciência médica e conferiu grande poder ao médico, mas tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente. <sup>44</sup> Isto pode ser constatado também no território de Manguinhos.

“... a figura do médico ainda é central, você ainda tem é... a medicalização vamos dizer assim, da saúde, voltada para o assistencialismo, voltada para a doença.” (médico 7)

Podemos verificar que esta preponderância do modelo biomédico persiste tanto nas práticas individuais como coletivas, como vemos a seguir:

*“... então as pessoas querem renovar uma receita, querem um atestado, querem um pedido de exame... elas não querem ser cuidadas, ou então o ser cuidado delas está escondido nisso...” (médico3).*

Essa fala acima destaca a própria demanda dos pacientes de elementos da prática clínica, o que pode evidenciar uma preponderância de uma compreensão da saúde mais biologicista. Cabe observar que, de acordo com a perspectiva freiriana, este pode ser um começo de conversa no sentido de uma relação intersubjetiva, em que o médico de saúde da família pode assumir uma função de educador para a saúde, permitindo que a voz da pessoa a sua frente seja ouvida. A compreensão do poder de silenciar implica o desenvolvimento da habilidade de ouvir e aplicar condutas táticas, técnicas e metodológicas que permitam facilitar o processo de leitura do mundo silencioso. (FREIRE, 2001)<sup>45</sup>.

Deduzimos, portanto, a importância da necessidade da reflexão sobre as concepções de saúde e doença da população adstrita à equipe de ESF. O tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal, mas o cuidado do paciente necessita ser integralmente pessoal.

Favoreto<sup>32</sup> identificou em sua análise que as pessoas, mediante troca, valorização e legitimação de significados e saberes desenvolvidos a partir das vivências individuais e coletivas no grupo, produzem mudanças nas suas concepções sobre o processo saúde-doença que transcendem a perspectiva medicalizante da biomedicina.

Desponta, à vista desta perspectiva medicalizante que também é observada nas pessoas de Manguinhos, uma grande tensão que se sobrepõe a prática de ações de educação para a saúde no âmbito da ESF.

Isto posto, enfatizo aqui o uso impreterível da narrativa. Esta, precisa ser utilizada como ferramenta de análise para identificar como as pessoas de Manguinhos dão forma e voz aos seus sofrimentos de modo diferente como a biomedicina os representa.

O fato de não haver na formação profissional médica o desenvolvimento de competências para habilidades relacionais, implica que o profissional médico se depare com um despreparo, que

somente a experiência do cotidiano revela e ensina. Na ESF, este lapso na formação durante o curso de graduação se expande frente à alta complexidade característica da APS.

Toda a trajetória de vida do profissional médico contribui para a percepção e execução de seu trabalho. Na ESF o médico tem a necessidade de agregar novos saberes e práticas e se vê num cenário em que a hegemonia médica é constantemente questionada. Isto reitera a imprescindibilidade de se incorporar ao conhecimento técnico, novos saberes ao curso médico tais quais a antropologia, a filosofia, a sociologia e a arte.

Na ESF do Teias-Escola Manguinhos, o que se observa nos profissionais médicos entrevistados é um empenho em desenvolver novas competências: “... *então quero cada vez mais me qualificar... algo que vá me trazer uma complementaridade à formação em medicina de família em comunidade...*” (médico 1).

Nesta fidedigna preocupação com o aprimoramento de suas competências na APS, é ratificado que alguns já trazem este propósito desde sua graduação: “*e ai, no meio da faculdade, eu escolhi medicina de família... pela questão de ser relevante, do ponto de vista assistencial, e de ser potente, do ponto de vista transformador da sociedade...*” (médico 5).

### Medicina médico centrada

Associada a esta expectativa medicalizante da população de Manguinhos percebe-se que as prioridades e metas da gestão local e municipal, que ao invés de visar resultados concentra-se na construção de produtos onde a consulta médica individual se destaca excessivamente: “... *existe ainda o poder médico que é muito forte, eu ainda acho que as clínicas da família ainda reforçam muito a questão do poder médico, da centralidade do trabalho médico, é da centralidade da produção de procedimentos, de consultas...*” (médico5).

Foi observado também que, em resposta a necessidade do cumprimento de metas pelo contrato de gestão, os médicos do TEIAS Escola Manguinhos priorizam o atendimento individual no consultório dentro da UBS:

*“... ainda não é o que eu gostaria, agente está com uma demanda reprimida muito grande... então assim, você ainda não consegue organizar a tua demanda do jeito que você quer... não tenho turno para fazer grupos de hipertensos e diabéticos por enquanto eu tenho que colocar esse pessoal em ordem... ai agente começa a conseguir fazer outros tipos de atividades, depois que organizar essa demanda...”* (médico 7).

É importante pontuar aqui a característica, que não somente é inerente às equipes de ESF do Teias Manguinhos, mas de todo o município do Rio de Janeiro, que é a alta rotatividades dos profissionais médicos na ESF.

Por isso, uma vez que, não havendo um adequado equilíbrio entre as ações curativas e as ações de promoção, reabilitação, prevenção e educação para a saúde, o serviço na ESF se concatena numa sequência inesgotável de reinício de processos de trabalho que priorizam a regularização da demanda espontânea reprimida.

*“Eu faço a maioria das (consultas)... assim eu fico muito tempo em consultório e tenho pouco tempo para ir para visita domiciliar...”* (médico 6).

No âmbito da APS, alguns médicos da ESF parecem ter percebido que o atendimento individual pode ser estrategicamente usado para mobilizar as pessoas esclarecendo-as sobre o processo de saúde e doença, bem como a utilização do aparato biomédico da forma correta e necessária.<sup>32</sup>

A consulta individual, requer, como espaço predominante das ações de saúde do profissional médico, sua utilização como locus de interface para as ações de educação para a saúde, onde o profissional médico assuma uma conduta de agente de inclusão, influenciando a consolidação do modelo de vigilância da saúde.

Este encontro terapêutico pode tornar-se, remetendo ao pensamento de Ayres<sup>17</sup>, uma relação de cuidado, desde que haja o propósito de relacionar ativamente o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde.

A consulta médica, como espaço de negociação entre o médico e o “paciente” tem sido importante cenário em prol de práticas de saúde referentes à prevenção e promoção da saúde.

A consulta médica individual é o espaço mais utilizado e vivido pelos médicos da ESF do TEIAS Escola Manguinhos. Dos dez períodos de trabalho semanais, seis são destinados a consulta médica individual, como vemos nas falas:

“... Consultório, consultório, consultório...” (*médico 4*);

“... a gente gasta muito tempo fazendo supervisão de consultório, a gente chama supervisão de consultório, talvez seja infelizmente a atividade que a gente mais faz hoje, pelo modelo de residência que a prefeitura adotou...” (*médico 5*);

“eu tenho feito muito (ÊNFASE) consultório individual, muito!” (*médico 2*).

Favoreto<sup>32</sup> revela e analisa os frutos de encontros dialógicos com “pacientes” captados a partir da consulta médica curativa individual. Estes encontros, em forma de grupos, constituem um lugar de escuta de questões que, apesar de comporem suas histórias e seu sofrimento, não encontram espaço dentro do paradigma biomédico que dirige a consulta médica.

### **Participação popular**

A ESF preconiza a valorização do vínculo e a humanização da relação entre o profissional de saúde e a pessoa. Esta medicina, centrada na pessoa, pode melhorar a atenção médica individual e coletiva, trazendo à discussão aspectos culturais e expectativas do “paciente” e tornando-o um coparticipante do cuidado com sua saúde.

A força da medicina humanizada e integral depende da capacidade dos profissionais médicos de alcançar o cuidar do doente – e não apenas da doença – como valor essencial para a atenção no processo saúde/doença. (castro santos)

Tavares<sup>46</sup> refere em seu estudo sobre as práticas de saúde, no contexto de reorientação da atenção primária, a importância do vínculo com a USF como fato relevante para a coparticipação das pessoas, em municípios onde a implantação de equipes da saúde da família já é adotada por mais de cinco anos. Pode-se perceber neste estudo, que o vínculo que ocorre se dá entre as pessoas e os profissionais e vice-versa, como uma troca natural e humanística. Como vemos na fala dos médicos um e cinco respectivamente: “... recentemente recebi um convite para trabalhar... eu não quis... já criei um vínculo com a comunidade...” (Médico 1); “... eu não consigo não me sentir responsável pelo território de Manguinhos...” (Medico 5).

*Conhecer o humano é, antes de tudo, situá-lo no universo, e não separá-lo dele... Todo conhecimento deve contextualizar seu objeto, para ser pertinente. “Quem somos?” é inseparável de “Onde estamos?”, “De onde viemos?” “Para onde vamos?” (MORIN)<sup>03</sup>*

Segundo Raffestin<sup>48</sup>, é essencial compreender que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço e é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático em qualquer nível. Ou seja, ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator territorializa o espaço.

*“...também de nada adianta você querer fazer um grupo sem saber o que a comunidade esta querendo também, né...” (médico 1)*

Nessa perspectiva, o território é um espaço onde se projetou um trabalho e que, por consequência revela relações marcadas pelo poder. O território se apoia no espaço, é uma produção a partir do espaço. Qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações.

Neste local de relações, o trabalho médico se modifica. O contato com o lugar do “paciente”, inclusive dentro de sua casa, permite uma verdadeira compreensão por parte deste profissional do real contexto no qual esta inserida esta pessoa. Entretanto, por mais comprometidos que sejam os médicos de família da ESF de Manguinhos, ainda é inoportuna sua capacidade de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele, para admirar, objetivar e transformar sendo também transformado. (Freire, Educação e mudança): “Então assim, é um território completamente desorganizado, porque a população não se envolve com nada... tem esgoto

*passando na porta de casa e ninguém faz nada com relação a isso... os moradores mesmos não estão nem ai, e agente não tem essa mobilização das pessoas...” (médico 4).*

Os médicos da ESF, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, falamos aqui da característica alta complexidade da APS. Tanto as ações individuais quanto coletivas, independente do lugar onde ocorrem deparam com a necessidade da aproximação deste ser complexo e multidimensional que é o ser humano.

*“... eu tinha assim... reuniões com 120 pessoas, reuniões de abordagem geral da comunidade, fazia reuniões em escola, fazia reuniões na própria unidade básica...” (médico 3).*

Como estão mais próximos do ambiente das pessoas do que os especialistas, os profissionais da ESF estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde. Podemos notar este discernimento por parte dos profissionais médicos entrevistados: “... trabalhar com a comunidade, discutir determinantes de saúde, o *quanto agente consegue influenciar nos estilos de vida das pessoas na questão da estrutura da sociedade mesmo, sociedades de classes, da questão política mesmo, política social...*” (médico 5)

Ao se adaptar aos diferentes contextos vivenciados por cada equipe, o trabalho médico no Território de Manguinhos requer uma autonomia no trabalho da equipe, onde a peculiaridade do território define distintos processos de trabalho. Estes são caracterizados pelos seguintes fatores:

→Vulnerabilidade: É pertinente relatar que ainda existe o estigma da violência e esta inibe a livre circulação das pessoas de Manguinhos e contribui para a menor participação das atividades coletivas e individuais .

→Faixa etária: Na rotina da unidade da ESF, ao se olhar atentamente para o atendimento da demanda espontânea das equipes da ESF pode-se perceber diferentes perfis etários predominantes. Estas diferenças existentes entre as equipes determinam não somente a organização de suas agendas, mas também a priorização das ações de educação para a saúde no território.

→Distanciamento da unidade: As ações de educação para a saúde também são priorizadas de acordo com a acessibilidade das pessoas à unidade de saúde. O que pode também ser observado é a perda da mobilização por parte das pessoas às atividades de promoção da saúde pela distancia

geográfica. Um exemplo é a academia carioca, que se localiza distante das comunidades de Manguinhos próximas ao CSEGSF, além de se perceber ainda um estigma decorrente à violência urbana na área onde esta foi montada. Isto acarreta uma inibição na participação das pessoas nas atividades desportivas.

O médico da ESF necessita diariamente beber em todas estas fontes de saber para poder se colocar como agente indutor e contribuinte para a melhoria da saúde da população adstrita. O conhecimento técnico da medicina e seu grau de resolubilidade são importantes aliados nesta empreitada e necessitam estar vinculados ao olhar integral do indivíduo e associados às práticas de educação para a saúde.

*“o desafio é você trabalhar mais a autonomia da comunidade, difícil...” (médico2).*

A periodicidade de reuniões comunitárias dentro do território de Manguinhos já é uma realidade de algumas equipes da ESF. Observa-se que nestas, esta priorização se dá por intermédio de uma postura atuante por parte do profissional médico.

*“... muitos dos fóruns comunitários têm um movimento... que tem de alguma forma perdurado, avançado muito lentamente, mas perdurado pelo menos...(médico 5).*

O conhecimento sistematizado é indispensável à viabilização das práticas em educação popular em saúde e estes conhecimentos não se encontram alicerçados em programas preestabelecidos de conteúdos a serem ensinados. Há necessidade de se percorrer os caminhos da prática. O limite da necessidade é descoberto a cada instante do trabalho vivo no ato.

### **Processo de trabalho**

O cuidado das pessoas implica na identificação de suas ideias e emoções a respeito do adoecer e sua resposta a elas. Quando, na relação do médico com as pessoas, associa-se o cuidado há prerrogativa para que sejam identificados objetivos comuns sobre a doença. Possibilitando assim uma abordagem, onde além do compartilhamento de decisões e responsabilidades encontramos uma prática médica centrada no paciente.<sup>44</sup>

O discurso encontrado na narrativa dos médicos entrevistados é compatível com a concepção de cuidado, como podemos ver abaixo:

*“... faço questão, de que pelo menos as primeiras consultas sejam um pouco mais demoradas para eu conhecer um pouco do trabalho, da família da pessoa, dos hábitos... porque para eles é tudo normal, mas normal? normal o que? Para parti-la do conhecimento deles conseguir trabalhar... um pouco mais a frente...”* (médico 6).

Isto corrobora com o estudo sobre a identidade para o médico de família, aonde Romano<sup>09</sup> nos faz perceber que o médico de família agrega maior valor ao foco no cuidado do que à doença. Entretanto, não obstante a existência da preocupação com o cuidado existe incutida no processo de trabalho, uma educação em saúde onde persiste a focalização nos pacotes de programas determinados pelas doenças:

*“No campo prático ainda esta muito focada no grupo de hipertensos, que é o que mais acontece, grupos de gestantes, grupo de tabagismo, muitos grupos de doenças, grupos que na verdade muitas vezes não atendem demandas de educação em saúde, atendem demandas da própria assistência...”* (médico5).

A distância da UBS, o estigma da violência, os diferentes perfis etários populacionais e as distintas vulnerabilidades pertinentes a cada uma das comunidades que integram Manguinhos e podem ou não desfavorecem as atividades de educação para a saúde. Disto irá depender de como esta sendo a construção conjunta do cuidado do território. Estes obstáculos são agravados pelo acréscimo da insuficiente priorização das atividades de educação para a saúde e promoção da saúde dentro do processo de trabalho das equipes da ESF de Manguinhos.

A desvalorização das ações de educação para a saúde inerente a estrutura dos processos de trabalho das equipes de ESF de Manguinhos encontra-se alicerçada no interesse da produção de consultas reforçado por parte da gestão local e municipal.

*“... é uma equipe que já discutiu isso, que trabalha com uma ideia de educação e de promoção da saúde... consegue ampliar, mas ta presa porque tudo nos exige e nos puxa de novo, pro remédio, pra receita que tem que renovar... então infelizmente parece que isso prende um pouco, acho que agente tinha que ampliar um pouco, é. a nossa agenda fosse mais para esse lado, que agente conseguisse tencionar ela para outro lado também, e não ficar só nesse atendimento individual, na assistência...”* (médico2).

Se por um lado o município concede progressivamente espaços para lazer, cultura e esportes, em contrapartida cobra das equipes da ESF uma ação cada vez mais médico- centrada e focalizada na consulta individual: *“... eu acho que a política de saúde do município acontece de uma forma tal que permite a expansão, que permite o acesso, entre aspas acessar, chegar à unidade, né, acho que chegar até unidade para consumir consultas médicas, que é basicamente o que agente consegue organizar nesse formato de trabalho...”* (médico5).

Posto que tal realidade tenha a necessidade de ser defrontada num TEIAS sob a responsabilidade de uma prestigiada instituição como a ENSP/FIOCRUZ, que prima pelo ensino e pesquisa de excelência, nos deparamos com um paradoxo.

Ou seja, num contexto de um sistema capitalista onde a liberdade é ilusória, a inclusão é excludente e o que tem valor é o produto e seu consumo, encontramos um desafio complexo para o alcance do SUS que é legitimado pela constituição do Brasil.

A própria ineficiência da organização em rede dos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro evidencia a contradição entre prática e teoria:

*“... é conflitante a proposta da UPA com a proposta da clínica da família, é confuso a proposta de organização social com o Hospital Estadual de Emergência em Fundação estatal, é confuso um monte de coisa na política de saúde, mas eu acho que o nosso desafio é tentar dar uma cara para isso. Dar uma cara junto com os usuários desse território e frente a tantas mudanças o tempo inteiro.” (médico5)*

Dando continuidade as características encontradas no processo de trabalho do profissional médico da ESF do TEIAS Manguinhos, observamos o grande número de atribuições ao profissional médico, como verifica-se nas falas: *“... é a questão da burocracia que é uma briga que a gente tem constante aqui, porque tem umas coisas que não justificam agente estar fazendo...” (médico4); “... eu quero, às vezes, que os outros profissionais assumam também as responsabilidades.” (médico 2); “. eu sinto um nível de estresse muito grande, porque é muito atendimento, um volume de demanda grande..” (médico1)*

O excesso de atribuições pertinentes ao profissional médico da ESF cresce progressivamente e incorrem num acréscimo de atividades. Neste panorama, afloram:

→ A pouca disponibilidade de tempo para planejamento das ações:

Alguns profissionais médicos entrevistados tiveram, durante sua formação acadêmica específica para a APS, experiências com promoção de saúde, mas não priorizam esta prática por falta de tempo:

*“... não vou dar conta de tudo isso, fico louca.. eu acho que o ACS tinha que assumir mais o papel dele, o número tinha que diminuir e ai se o número diminuísse, de pessoas, eu acho que eu tentaria fazer menos consultório ai eu teria mais tempo, não é que eu tenha pouco tempo, é que tem muita gente, a resposta seria ter menos gente , eu teria um tempo de organizar as ações, pensar atividades...” (médico2)*



A prática mais comum concernente à educação para a saúde exercida por estes profissionais são as chamadas reuniões ou fóruns comunitários com o principal objetivo de empoderamento da população. Entendemos empoderamento como o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.(TAVARES, 2011).

→ A burocratização nos processos de trabalho

De acordo com Machado<sup>28</sup>, a burocratização, a segmentação, a rotinização e a padronização dos atos médicos, são características da institucionalização deste profissional, que passa a ter como necessidade o enfoque de aspectos organizacionais que subjulgam sua autonomia profissional e fragilizam os preceitos éticos estabelecidos pela medicina como ideal de trabalho. (Machado) “... então a questão burocrática é uma coisa que atrapalha bastante, porque toma muito tempo que você não tem, até pelas questões sociais e aí tem outra coisa, é a responsabilidade que a equipe termina tendo sob algumas coisas que a gente não tem como dar conta...” (medico 4).

→ A atuação insatisfatória de outros membros da equipe

Esta insatisfação dos médicos entrevistados pode estar associada à questão do compromisso individual do profissional com o seu trabalho: “... *sem uma equipe que sabe o que é estratégia de saúde da família, você não consegue...*” (médico6). De acordo com Paulo Freire, a primeira condição para que um ser pudesse exercer um ato comprometido seria sua capacidade de atuar e refletir. (educação e mudança Paulo freire)

Esta atuação insatisfatória, muitas vezes reflete o mero cumprimento por parte dos profissionais da ESF, de tarefas impostas pela gestão local e municipal: “... *é mais difícil convencer um profissional que muitas vezes está muito motivado a cumprir metas...*” (médico5).

Outro fator a ser levado em consideração é o explícito investimento na formação específica do profissional médico da ESF, o que não se percebe para os demais membros da equipe: “... *um pouco conturbada porque a maioria das pessoas da equipe, quer dizer, os outros dois membros da equipe, era a enfermeira e a auxiliar, eles não tinham muita formação para saúde da família...*”

(médico 3); “... a enfermagem dessa unidade é muito (ENFASE) distante do perfil de atenção primária, nesse sentido é fraca até para atuar em grupo, acho que centra muito em procedimento médico...” (médico 5).

Com relação à equipe da ESF, observa-se que os fatores que contribuem para o melhor desempenho dos processos de trabalho são:

Equipes integradas: “*Eu tenho muita sorte porque a minha equipe é uma equipe efetivamente, eu acho...eu gosto muito dessa sensação de estar em equipe, a gente tem esta troca.*” (médico 4)

Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, a prática de saúde contemporânea vem encontrando limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.<sup>13</sup>

A garantia da integralidade, uma das diretrizes básicas do SUS, que em suas três dimensões de acordo com Mattos, são feridas, principalmente na sua dimensão como forma de organização dos serviços de saúde para realizar uma percepção ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

. Tempo de permanência dos profissionais da equipe: “... é uma equipe que já está há muito tempo junto, isso também facilita. Problema todo mundo tem, mas a gente faz questão de revolver...” (médico4).

. Apoio da gestão local e municipal: “*O desafio maior é efetivamente a especialidade ser reconhecida como especialidade, isso que ainda é um problema muito grande, não só em relação à comunidade, mas com relação ao sistema de maneira geral, porque agente termina sendo... meio que massa de manobra para a prefeitura, não é reconhecido como uma especialidade, valorizado, senão agente não era secretária do estado...*” (médico 4); “*Acho q tudo começa lá de cima, trabalhar no SUS hoje em dia não é moleza.*” (médico 1).

Em sua complexidade, a deficiência da estruturação em rede dos serviços compromete a consolidação da ESF como eixo de reorientação do sistema de saúde. Da mesma forma, a existência

de um ponto de tensão entre os profissionais de referência e os do nível primário sobre o papel da atenção básica como porta de entrada do sistema também compromete a ESF.<sup>28</sup>

→ O desgaste e a sobrecarga do trabalho médio na ESF

*“diminuiu a população graças a Deus e poderia diminuir mais um pouquinho, porque ainda é muita gente”.*  
(médico 4)

*“... a gente trabalha com pouquíssimos preceptores, são dois preceptores para oito residentes...”* (médico 5).

*“Inclusive, assim, agente esta no limite... limite pessoal...”* (médico 6).

Os problemas de saúde estão ficando mais complexos, com mais síndromes, incapacidades, insuficiências e deficiências do que aqueles que os médicos estão acostumados a ver: *“eu acho que algumas vezes agente se vê em situações que você desconhece, e aí, assim, talvez gere um estresse, porque você tem que buscar aquela informação...”* (médico sete). Tanto o envelhecimento das populações como o aumento da sobrevivência de indivíduos atingidos por problemas anatômicos, fisiológicos ou psicológicos estão, provavelmente, aumentando a necessidade da atenção domiciliar e de conhecimento acerca da existência de recursos na comunidade.

Considerando que em toda a sua complexidade e multidimensionalidade a APS possibilita ao máximo a efetivação da dialogicidade freiriana nas relações, percebemos a grande potencialidade da ESF.

No entanto, em decorrência aos fatores explicitados, a participação do profissional médico na prática da educação para a saúde, no âmbito da ESF do serviço de saúde estudado, apresenta-se muito mais no campo das ideias teórico do que prático.

Na figura seguinte, procura-se ilustrar como a tensão gerada tanto pelas metas do contrato de gestão quanto das pessoas que moram em Manguinhos refletem no efetivo exercício da educação para a saúde.

Figura 08: Tensão que incide sobre o profissional da ESF de Manguinhos com relação às ações de educação para a saúde.



## V. CONCLUSÃO

A consulta médica individual, *locus operandi* predominante das ações de saúde exercidas pelo profissional médico da ESF, se apresenta como ambiente estratégico para a elaboração de uma interface com as ações de educação para a saúde e promoção da saúde no âmbito da APS.

Esta interface somente é factível na medida em que o médico da ESF se aproprie de uma função de agente de inclusão, numa lógica pedagógica problematizadora.

No Teias-Escola Manguinhos o estudo do trabalho do profissional médico na ESF assinala a potencialidade de sua dimensão como educador para a saúde. Nesta pesquisa qualitativa, encontramos respaldo na literatura que ratifica a necessidade de se otimizar a atuação deste importante protagonista para as ações de educação para a saúde e promoção da saúde.

È importante ressaltar que foi observado um intenso nível de desgaste e sobrecarga de trabalho incidindo sobre o profissional médico da ESF do Teias-Escola Manguinhos. Maneira tal, que questões referentes a processos de trabalho se sobressaem em suas falas.

Obviamente, a necessidade de estudos mais detalhados sobre as ações do médico da ESF é imperativa, a busca do detalhe, da visualização da ação, da interação no território, e não apenas de sua escuta, como foi realizado neste trabalho.

Nesse ínterim, o desdobramento em estudos futuros sobre o tema é imprescindível. Uma vez que, o que se evidenciou de maneira incisiva foi uma acentuada tensão sobre o profissional médico da ESF. Tensão esta que suprime a possibilidade do desempenho de sua dimensão como educador para a saúde. Tensão esta que advém de dois polos: As demandas por consultas médicas individuais, ou seja, as metas exigidas pelo contrato de gestão da OS; e as expectativas com sentido biomédico e medicalizante das pessoas de Manguinhos.

No intento de contribuir para as práticas efetivas do médico na sua dimensão de educador para a saúde, são realizadas proposições a seguir.

## VI. PROPOSIÇÕES

Com o intento de contribuir para a reflexão sobre a organização das práticas do profissional médico da ESF do TEIAS Escola Manguinhos, referentes à educação para a saúde, elencamos as propostas abaixo:

### Saberes

#### Educação permanente

- Espaço formal de educação permanente dentro do período de reunião de equipe. Sugere-se que a reunião de equipe seja dividida em dois tempos (1/3 para educação permanente e 2/3 para os demais processos de trabalho).
  
- Espaço formal de periodicidade mensal a ser realizado no período destinado às sessões técnico científicas do TEIAS Escola Manguinhos para troca, intequipes, dos saberes adquiridos nas atividades de educação para a saúde.

#### Educação continuada

- Periodicidade trimestral de capacitações realizadas dentro do serviço de acordo com as demandas problematizadas advindas do processo de trabalho na unidade.
  
- Formalização de corpo de profissionais que participem periodicamente das capacitações oferecidas pela CAP e que estes tenham, no espaço de educação permanente da unidade, tempo e voz para multiplicarem os saberes assimilados.

#### Desenvolvimento de habilidades e competências

- Incentivo da gestão à participação de todos os membros das equipes de ESF em cursos técnicos ou especializações referentes a APS.

## Lugares

- λ Potencializar a consulta médica individual como interface para as ações de educação para a saúde.
- λ Periodicidade mensal das reuniões comunitárias a serem realizadas no território utilizando metodologias de ensino aprendizagem problematizadoras.
- λ Reestruturação de todo o território de Manguinhos com a imperativa finalidade de se configurar a continuidade geográfica do território de cada equipe da ESF, para que possa ser factível o planejamento e a execução das atividades coletivas de educação para a saúde e promoção da saúde.

## Ações

- α Elaboração de espaço formal trimestral para troca de experiências em atividades coletivas realizadas por cada uma das equipes de ESF entre as 2 unidades de APS do território de Manguinhos de uma mesma unidade.
- α Incorporação na equipe mínima da ESF de um profissional de nível técnico administrativo.
- α Potencialização das expertises dos profissionais do CSEGSF com a inclusão formal destes especialistas nas atividades coletivas de educação para a saúde no território.

### Avaliação continuada

- α Capacitação dos membros da equipe da ESF através de incentivos para a Avaliação imediata (no local onde foi realizada) logo após as atividades coletivas de educação para a saúde por todos os membros da equipe presentes. Esta discussão precisa gerar como produto um elenco de pontos fortes e fracos da atividade que necessitará ser compartilhado com toda a equipe, na reunião de equipe mais próxima para que haja planejamento conjunto da atividade subsequente.

**α** Avaliação trimestral de todas as atividades de educação para a saúde e promoção da saúde por toda a equipe na reunião de equipe e planejamento das atividades do trimestre seguinte.

#### Intersetorialidade

**α** Parceria com os diversos equipamentos sociais para as atividades coletivas de educação para a saúde realizadas no território.

#### Interdisciplinaridade

**α** Parceria com o NASF para as atividades coletivas de educação para a saúde realizadas no território.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Foucault Michel. O nascimento da Clínica. Tradução de Roberto Machado. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro-RJ; 2011.
02. Foucault, Michel, Microfísica do Poder, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 2008.
03. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde: As Cartas da Promoção da Saúde , série B, Textos Básicos em Saúde. Brasília- DF; 2002.
04. Merhy, Emerson Elias e Gomes, Luciano Bezerra. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1) 7-18, jan 2011.
05. Rabello, LS. Promoção da saúde: A construção social de um conceito em perspectiva comparada. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro; 2010
06. Donnangelo, Maria Cecília F.; Medicina e Sociedade (O médico e seu mercado de trabalho); Livraria Pioneira Editora, São Paulo;1975.
07. Czeresnia, Dina. Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências.
08. <http://portalsaude.gov.br>. caderno de Educação Popular em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio a Gestão Participativa, Brasília, Distrito Federal, 2007
09. Romano, Valéria Ferreira, A busca de uma identidade para o médico de família. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18(1); 13-25, 2008.
10. Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. MS, Brasil.
11. Starfield, Barbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da saúde, UNESCO, 2002.
12. Alves, GG e Aerts, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.16, n.1, pp. 319-325; 2011.
13. Machado, Maria Helena. Os médicos do Brasil um retrato da realidade.. SciELO Books realidade. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0.
14. Cunha, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Ed. Hiutec, 3ª edição, São Paulo, 2010.
15. Buss, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. ISSN 1413-8123.
16. SOBRAL, André and FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, n.1, pp. 35-47. ISSN 0104-1290.
17. Buss, Paulo Marchiori e Pellegrini, Alberto; A saúde e seus determinantes sociais. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 17nº 01, pp. 77-93, 2007.

18. Mattos, R.A, Barros M.E.B., Pinheiro, R. Trabalho em equipe sob eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. IMS/UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007.
19. Morin, Edgar, A cabeça bem-feita: repensando reforma, reformando o pensamento. 16ª edição, Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro; 2009.
20. Tavares, Maria de Fátima Lobato. Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 214 p.
21. Schraiber, LB O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança. Ed. Hucitec, São Paulo; 2008.
22. Vasconcelos, FGA e Zaboni, MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.16, suppl.1, pp. 1497-1504; 2011.
23. Mendes, E.V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
24. Pedrosa, JIS e Teles, JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.3, pp. 303-311.
25. Santos, Tania Steren, Considerações sobre mudanças na profissão médica e diferenciações ocupacionais no interior de um Hospital Universitário ( HCPA) <http://www.suapesquisa.com>
26. Mello, D' eua R.A. Pereira; Nascimento, Silvana I.M., O médico como educador. 1993
27. Carvalho, MAP. O Território Integrado de Atenção a Saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes. Ed. ENSP/Fiocruz; 2012.
28. Machado, CV; Lima LD e Viana, LS. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s42-s57. ISSN 0102-311X.
29. Lopes, RE, et al. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. *Rev. bras. educ. med.*, vol.36, n.1, suppl.1, pp. 18-26; 2012.
30. Rouquayrol, Maria Zélia. *Epidemiologia e Saúde*, 5ª edição, Medsi Editora, Rio de Janeiro, RJ, pp. 552; 1999.
31. <http://portalsaude.gov.br>. caderno de Educação Popular em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio a Gestão Participativa, Brasília, Distrito Federal, 2007.
32. Favoreto, C.A.O e Cabral, C.C., Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiência em grupos operativos de educação em saúde. *Interface comunicação e saúde*. Vol. 13, nº 28, pg. 7-18, jan/mar, 2009.
33. Ceccim, Ricardo Burg, Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 10, nº 4 Rio de Janeiro, oct/dez 2005.

34. Stotz, E.N; David,H.M.S; Un, J.A.W. Educação popular em saúde- Trajetórias, expressões e desafios de um movimento social. Revista APS, v 8,n 1, pg 49-60, jan/jun,2005.
35. Gazzinelli, Maria Flávia, Reis, Dener C., Marques, Rita de C., Educação em Saúde, Teoria, método e imaginação; Ed. UFMG, Belo Horizonte, 2006, 165 pg.
36. Minayo ,MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Ed Vozes; 1996.
37. CENSO 2010 [homepage na Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [acessado em 04 de julho de 2012]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php)
38. Conhecendo Manguinhos [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; [acesso em 16 de agosto de 2012]. Disponível em: Site Manguinhos <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=node/15>
39. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde: Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. -Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 5 de Maio de 2005, portal.saude.gov.br
40. Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada. Edições 70 LTDA, /almedina Brasil, 2012, São Paulo-SP, 279 pgs.
41. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadorasde pesquisas envolvendo seres humanos. [acesso em 12 out 2012]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>
42. Gonçalves, Rebeca Jesumary; Soares, Roberta de Almeida; Troll, Thaís and Cyrino, Eliana Goldfarb. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, n.3, pp. 382-392. ISSN 0100-5502
43. Mialhe, Fábio Luiz. O agente comunitário de saúde. Práticas educativas. Editora Unicamp, 2011.
44. Ribeiro, MMF e Amaral, CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev. bras. educ. med*, vol.32, n.1; 2008.
45. Freire, Paulo. Pedagogia dos sonhos possíveis. Série Paulo Freire. Organização e apresentação de Ana maria Sraújo Freire. Ed.Unesp São Paulo-SP; 2001.
46. Tavares,MFL, Mendonça, MHM e Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* vol.25, n.5, pp. 1054-1062; 2009.
47. Morin, Edgard.Os sete saberes necessários à educação do futuro. Edições UNESCO Brasil, 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.
48. Raffestin, Claude. Por uma geografia do poder. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática; 1993.

## ANEXO I



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **“O médico da Estratégia de Saúde da Família: Saberes, lugares e ações.- Um estudo em busca das potencialidades educativas do profissional médico no TEIAS-Escola Manguinhos.”** Desenvolvida por **Alessandra Santos dos Reis**, discente de Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / FIOCRUZ), sob orientação da Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares e co-orientação do Dr. Gustavo Corrêa Matta.

O objetivo central do estudo é estudar as potencialidades do profissional médico da ESF. O método utiliza a técnica da entrevista. As entrevistas serão feitas com os profissionais de saúde pertencentes à ESF do TEIAS Escola Manguinhos. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista semi-estruturada. As entrevistas serão gravadas somente após sua autorização e tem duração aproximadamente de 30 minutos. Esclareço que existe o risco de sua identificação em função de seu cargo e/ou atividade, mas seu nome não será divulgado de nenhuma forma.

Esclareço também que serão mantidos em segredo os nomes de pessoas que, por acaso, você faça referência durante a entrevista; que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade; que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua

participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A pesquisa está sendo realizada após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública e autorizada pela Coordenação do TEIAS Escola Manguinhos pertencente ao Município do Rio de Janeiro.

Este termo é redigido em 2 vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

***Contato com o (a) pesquisador (a) responsável: Alessandra Reis***

***Tel 9920-7906 ou 2598-2863***

***e-mail [alesandra291274@yahoo.com.br](mailto:alesandra291274@yahoo.com.br) [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)***

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

***Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.***

***Alessandra Santos dos Reis (RG nº 09402891-7 – IFP/RJ)***

---

*Declaro que li o texto acima, esclareci as dúvidas com a pesquisadora, entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e, livremente, aceitei participar. Ficou claro também que, caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de constrangimento. Estou ciente também que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível no endereço anteriormente citado.*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

**ANEXO II**

## **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS.**

### **PARTE 1.**

ENTREVISTADO Nº----- DATA ---/---/---

#### PARTE 1: PARA AUTO-PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADO

##### 1. Identificação

1.1. Sexo

1.2. Idade

1.3 Religião

1.4. Ano da formatura

1.5. Escola de graduação

##### 2. Formação Profissional

2.1. Residência / Especialização / Estágios

2.1.1. Área

2.1.2. Local

2.1.3. Anos / Duração

2.2. Formação Específica para o Atual Posto de Trabalho

##### 3. Trajetória Profissional

3.1. Funções/Locais

3.2. Natureza do Empregador

3.3. Carga Horária

##### 4. Trabalho na ESF do TEIAS Escola Manguinhos.

4.1. Início

#### 4.2. Funções Formais

### 5. Descrição das Atividades Semanais

#### 5.1. Conteúdo

#### 5.2. Local

#### 5.3. Modo de Realização

#### 5.4. Horários

#### 5.5. Finalidades

### 6. Descrição das Atividades de maior significado, para você, no seu trabalho atual.

#### 6.1. Conteúdo

#### 6.2. Local

#### 6.3. Modo de Realização

#### 6.4. Horários

#### 6.5. Finalidades

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS.  
PARTE 2.**

1. Me fale sobre a sua trajetória profissional até ingressar na ESF do teias Escola Manguinhos
2. Como é o seu dia a dia na ESF, como são suas atividades?
3. Como é sua relação com os outros membros da equipe?
4. Como você vê o território sob responsabilidade sanitária da sua equipe?
5. De que maneira você realiza ações de educação para a saúde?
6. Quais as dificuldades para sua atuação na ESF?
7. Quais os desafios para sua atuação na ESF?

## ANEXO III



### TERMO DE ANUÊNCIA

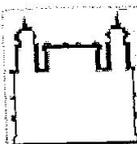


Autorizo a mestranda Alessandra Santos dos Reis, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, mediante o cumprimento das Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96, realizar nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado: **“O médico da Estratégia de Saúde da Família: Saberes, lugares e ações. - Um estudo em busca das potencialidades educativas do profissional médico no TEIAS-Escola Manguinhos.”**, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares e do Prof.Dr. Gustavo Matta Corrêa.

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional.

## ANEXO IV



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O médico da Estratégia de Saúde da Família: Saberes, Lugares e Ações - Um estudo em busca das potencialidades educativas do profissional médico no Teias-Escola Manguinhos

**Pesquisador:** ALESSANDRA SANTOS DOS REIS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15786413.2.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 396.393

**Data da Relatoria:** 04/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado Profissional em Saúde Pública em Atenção Primária com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família, orientado pela Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares e co-orientado pelo Prof. Dr. Gustavo Correa Matta, qualificado em 27/11/2012 com financiamento próprio.

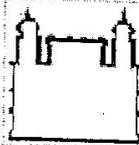
#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar a atuação do médico nas ações de educação para a saúde na Estratégia de Saúde da Família do Teias-Escola Manguinhos.

#### Objetivo Secundário:

- Descrever as ações concernentes ao processo de trabalho dos médicos da ESF no TEIAS-Escola Manguinhos.
- Analisar os fatores que influenciam a participação do médico nas atividades de educação para a saúde.
- Propor estratégias para que o médico da ESF atue como educador para a saúde.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 396.393

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa que "FICA CLARO O RISCO DE DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO EM FUNÇÃO DO SEU CARGO E /OU ATIVIDADE, MAS SEU NOME NÃO SERÁ DIVULGADO DE NENHUMA FORMA".

**Benefícios:**

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO COM APLICABILIDADE PRÁTICA NO SERVIÇO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO TEIAS ESCOLA MANGUINHOS/ENSP/FIOCRUZ.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.  
Pesquisadora respondeu a todas as pendências satisfatoriamente, tendo mudando a metodologia do projeto visando a adequação aos prazos e as questões levantadas anteriormente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou:

Projeto de Pesquisa na íntegra;

Formulário de Encaminhamento;

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as devidas alterações;

Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);

Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;

~~Termos de anuência das instituições co-participantes.~~

**Recomendações:**

Alterar no TCLE e onde mais for necessário o número da Resolução (de 196/96 para 466/12)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apresentou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) adequado às exigências do CEP. Análise: pendência atendida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ao finalizar a pesquisa apresentar relatório ao CEP/ENSP (incluir como "notificação"). Modelo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

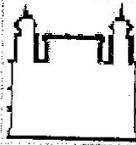
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



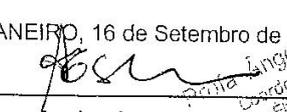
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 396.393

disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)

RIO DE JANEIRO, 16 de Setembro de 2013

  
Assinador por:

Ângela Fernandes Esher Moritz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)